

260

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MEDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1921

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Dr G. A. VELLUOT

de la Faculté de Médecine de Paris, ancien Externe des Hôpitaux de Paris

RELATIONS

du

Diabète et de la Glycosurie

avec la

Syphilis acquise & héréditaire

Président de Thèse : M. le Professeur BALTHAZARD

PARIS

ÉDITIONS MÉDICALES

7, Rue de Valois, 7

1921

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DOYEN DE LA FACULTÉ : M. ROGER.

Anatomie descriptive	
Anatomie médico-chirurgicale	
Histologie	
Anatomie pathologique	
Chimie	
Physique	
Parasitologie	
Bactériologie	
Physiologie	
Pathologie expérimentale	
Pathologie et thérapeutique générales	
Pathologie externe	
Pathologie interne	
Pharmacologie	
Thérapeutique	
Opérations et appareils	
Hygiène	
Médecine légale	
Histoire de la médecine	
Cliniques médicales	Hôtel-Dieu
	Beaujon
	Cochin
	Saint-Antoine
Clinique thérapeutique de	la Pitié
Clinique chirurgicale	Hôtel-Dieu
	Saint-Antoine
	Cochin
	Salpêtrière
	Tarnier
Clinique obstétricale	Baudelocque
	Pitié
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	
— des maladies infectieuses.....	
— des maladies nerveuses.....	
— des maladies mentales.....	
— infantile médicale	
— d'hygiène de la première enfance.....	
— infantile chirurgicale	
— des voies urinaires	
— gynécologique	
— ophtalmologique	
— oto-rhino-laryngologique	
Physiologie appliquée à l'éducation physique.....	
Stomatologie	

MM.
NICOLAS.
CUNEO.
PRENANT
LETULLE.
DESGREZ.
André BROCA.
BRUMPT.
BESANÇON.
RICHET.
ROGER.
Marcel LABBÉ.
LECÈNE.
RÉNON.
POUCHET.
CARNOT.
Pierre DUVAL.
Léon BERNARD.
BALTHAZARD.
MÉNÉTRIÉR.
GILBERT.
CHAUFFARD.
WIDAL.
ACHARD.
VAQUEZ.
HARTMANN.
LEJARS.
DELBET.
GOSSET.
BAR.
COUVELAIRE.
BRINDEAU.
JEANSELME.
TEISSIER.
P. MARIE.
DUPRÉ.
NOBÉCOURT.
MARFAN.
Auguste BROCA.
LEGUEU.
FAURE.
DE LAPERSONNE.
SEBILLEAU.
LANGLOIS, agrégé.
FREY.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.	DESMARETS.	LAIGNEL-LAVASTI.	PHILIBERT.
ABRAMI.	DUVOIR.	LARDENNOIS.	RATHERY.
ALGLAVE.	FIESSINGER.	LE LORIER.	RETTERRER.
BASSET.	GARNIER.	LEMIERRE.	RIBIERRE.
BAUDUIN.	GOUGEROT.	LEREBoullet.	RICHAUD.
BLANCHETIÈRE.	GUENIOT.	LEQUEUX.	ROUSSY.
BRANCA.	GUILLAIN.	LERI.	ROUVIÈRE.
CAMUS (J.)	GUILLEMINOT.	LEVY-JOLAL.	SCHWARTZ.
CHEVASSU.	GRÉGOIRE.	MATHIEU.	TANON.
CHAMPY.	HEITZ-BOYER.	METZGER.	TERRIEN.
CHIRAY.	JEANNIN.	MOCQUOT.	TIFFENEAU.
CLERC.	JOYEUX.	MULON.	VILLARET.
DEBRÉ.	LABBÉ (H.).	OKINCZYC.	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FAMILLE

A MES CAMARADES DE RÉGIMENT

ET DE LA 127^e D. I.

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR BALTHAZARD

Chevalier de la Légion d'honneur

Ancien Chef d'escadron commandant le 7^e groupe du 120^e R.A.L.

Professeur de Médecine légale à la Faculté

A MES MAITRES DE L'UNIVERSITÉ D'EDIMBOURG
A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

Stage bénévole :

1919 M. le professeur COUVELAIRE.
M. le docteur GANDY.

Externat :

1920 M. le docteur QUEYRAT.
M. le docteur BARBIER.
M. le docteur Marcel PINARD.
M. le professeur BAR.

Introduction

L'étude des relations qui peuvent exister entre la glycosurie et le diabète d'une part, et la syphilis acquise ou héréditaire d'autre part, ne paraît pas avoir suscité un grand nombre de recherches ; en particulier dans la période qui va de 1905 à nos jours et où la syphiligraphie semble avoir atteint un haut degré dans ses moyens diagnostiques et thérapeutiques, le nombre des travaux qui se rapportent à cette question est minime.

Sur les conseils de notre maître, M. le D^r Marcel Pinard, nous avons pensé qu'il ne serait pas inutile d'ajouter cette modeste contribution à cet intéressant chapitre de la pathologie.

Nous tenons à remercier M. le D^r Marcel Pinard qui nous a inspiré ce travail, M. le professeur Lequeu, MM. les D^{rs} Audrain, Belin, Frédet, Marcel Labbé, Lemierre, Lenoir, Queyrat, Rathery, qui ont bien voulu nous ouvrir largement leurs services.

Généralités

On tend aujourd'hui à considérer le diabète, non comme une maladie proprement dite, mais comme un syndrome qui peut être causé par des mécanismes et correspondre à des lésions anatomiques multiples — et dont la pathogénie est d'autant plus obscure. Quel rôle peut y jouer la syphilis ?

FOURNIER écrivait à ce sujet : « Je ne crois pas trop m'aventurer en prédisant que certains états pathologiques dont la nature intime n'est pas encore élucidée, ou bien dont la connexion d'origine avec la syphilis peut rester sujette à controverse, viendraient prendre place quelque jour à côté des types que je vous ai signalés jusqu'ici. Ainsi, simplement à titre de spécimen et sans prendre d'engagement sur ce que j'ignore, je me risquerai à vous citer comme destinés vraisemblablement à rentrer dans la catégorie des types parasymphilitiques : 1° le diabète que l'on rencontre trop souvent en relations avec la syphilis pour qu'il n'y ait pas de lui à elle un certain lien pathologique... »

De nombreux auteurs ont discuté le rôle possible de la syphilis dans la genèse du diabète. Parmi eux :

SEEGEN (*Der Diabetes mellitus*, Berlin 1875) cite deux cas où le diabète accompagne l'infection syphilitique et guérit avec elle par un traitement approprié.

VON NOORDEN (*Die Zuckerkrankheit* 1898, p. 160)

rapporte des cas de glycosurie qui auraient guéri par un traitement mercuriel et ioduré.

HIRSCHFELD (*Deutsche Med. Woch.* 1909) trouve 6 % de syphilitiques parmi les diabétiques.

CASTAIGNE et RATHERY (*Le Livre du Médecin : Le Diabète*) écrivent que la syphilis peut produire le diabète, soit par lésions cérébrales, soit par lésions pancréatiques, et peut-être par d'autres mécanismes encore.

LÉPINE (*Le Diabète sucré*, 1909) nie l'influence de la syphilis.

WILLIAMS (*Jour. Am. Med. Ass.*, 9 février 1918) trouve seulement 4 Wassermann positifs sur 143 diabétiques.

FEINBERG (*Berlin. Klin. Woch.* 1892) rapporte trois cas de diabète et un de glycosurie qu'il attribue à l'infection syphilitique.

SIR WILLIAM OSLER (*A System of Medicine*) croit que la syphilis peut occasionner le diabète par lésion locale située dans la moelle ou dans la glande pituitaire, ainsi que par lésions vasculaires du cerveau et du pancréas.

TROLLER (*Thèse*, Paris 1904) rapporte 38 observations de diabète dû à la syphilis.

BEGUIER (*Thèse*, Paris 1918) rapporte cinq cas de diabète par pancréatite syphilitique.

JACOB ROSENBLOOM, de Pittsbourg (*Jour. Am. Med. Ass.*, 22 avril 1917) publie une étude sur les relations du diabète et de la syphilis. Il adopte deux mécanismes : 1° lésions artérielles dans la région du 4° ventricule ; 2° lésions vasculaires dans le pancréas.

Recherchant les signes cliniques et sérologiques de la syphilis chez 62 diabétiques, il les trouve dans 7 cas, soit 10,3 pour cent.

Les avis sur les relations possibles du diabète et de la syphilis paraissent donc divergents. Les études publiées à ce sujet sont d'ailleurs fort rares, surtout si nous considérons celles qui ont été faites dans les dix dernières années. Or, notre connaissance de la syphilis s'est profondément modifiée depuis cette époque.

La découverte du tréponème par Schaudinn et Hoffmann en 1905 a permis de ranger définitivement parmi les manifestations de la syphilis la paralysie générale et l'anévrisme de l'aorte.

L'application que Wassermann a faite à la syphilis de la séroréaction de Bordet et Gengou nous a permis de dépister souvent la syphilis obscure. La découverte des propriétés de l'arsénobenzol par Paul Ehrlich a ajouté un précieux élément au « traitement pierre de touche ».

Il nous a donc paru intéressant de reprendre aujourd'hui quelques éléments de cette question tels qu'ils nous apparaissent à la lumière de nos connaissances actuelles.

Au cours d'une étude sur les relations du diabète et de la syphilis, il est nécessaire de préciser quelques points de pathogénie et d'étiologie. On a pendant longtemps établi une différence fondamentale entre la glycosurie modérée, passagère, monosymptomatique, et le diabète considéré comme une entité morbide qui, outre une glycosurie élevée, durable, s'accompagnait d'autres symptômes : polyphagie, polydypsie, polyurie. A l'heure actuelle on a abandonné cette distinction

nette entre la glycosurie simple et le diabète, et on pense qu'il n'y a qu'une différence de degré entre la glycosurie simple, passagère, post-prandiale du pléthorique et le diabète grave, accompagné de troubles divers, qui conduit à l'acidose, au coma et à la mort. L'observation de diabétiques dont la maladie évolue soit vers la guérison, soit vers l'aggravation, montre, en effet, que ces malades peuvent, en effet, passer plus ou moins rapidement d'un stade à un autre.

D'autre part, si une lésion transitoire d'une région telle que le plancher du 4^e ventricule produit une glycosurie transitoire, une compression durable de la même région, par exemple par une tumeur, produira une glycosurie persistante, un diabète ; c'est précisément ce qu'on voit arriver dans des cas comme celui de REIMER — *Jahrbuch für Kinderheilkunde* 1876, X, p. 306 — où une polyurie de 4 litres avec glycosurie permanente, exprimait cliniquement chez un enfant de 7 ans une tumeur située sur le plancher du 4^e ventricule.

De la même manière nous voyons que l'injection dans l'économie d'une certaine dose d'adrénaline produit une glycosurie passagère (F. BLUM, *Ueber Nebennierendiabetes*, in *Deutsche Archiv für innere Medizin* 1901, LXXI, p. 146).

Au contraire, un trouble durable dans la physiologie des surrénales peut produire le diabète : c'est ce qui est arrivé dans le cas rapporté par BURGHARDT — *Verein für innere Medizin* XVI, 15 mars 1897 — où un diabète grave chez une femme de 39 ans était l'expression clinique d'un sarcome de la surrénale gauche.

Nous voyons donc qu'il n'y a pas une différence de nature, mais une différence de degré entre la glycosurie et le diabète, et qu'à une lésion passagère de certains organes correspond une glycosurie passagère, à une lésion durable, une glycosurie durable.

D'autre part, examinons quelles sont les relations qui existent entre le diabète sucré et le diabète insipide, question un peu négligée, dit Lépine (*Le Diabète sucré*, 1909).

Diabète Insipide

Nous n'avons pas de données plus certaines sur la pathogénie du diabète insipide que sur celle du diabète sucré, mais il semble qu'il existe une relation certaine entre les deux affections. Il n'est pas rare que les observateurs aient rencontré les deux espèces de diabète dans la même famille (SENATOR, *Verein für innere Medizin*, 31 mai 1897). En outre, on a fréquemment constaté des cas où un diabète sucré se transforme en polyurie simple ; d'autre part, une polyurie simple peut se transformer en diabète sucré. KUHN (*Über den Zusammenhang von D. insipidus und mellitus*, *Munch. Med. Woch.* 21 janvier 1902) cite le cas d'une malade atteinte de polyurie et de polydypsie, chez laquelle, au bout d'un certain temps, apparaît une glycosurie. A l'autopsie on trouve un pancréas atrophie.

D'AMATO (*Riforma Medica*, 1902) rapporte le cas d'une malade de 38 ans qui aurait souffert de polyurie depuis son enfance, et chez qui la glycosurie s'établit à 32 ans. MANN (*Berl. Klin. Woch.* 1904) observe chez un malade une polyurie simple qui ultérieurement se

complique de glycosurie. Le diabète sucré peut emprunter le tableau clinique du diabète insipide par diminution de la perméabilité rénale au sucre (BALINT, 1913, *Budapester Klin. Woch.* n° 51).

Il semble donc qu'il n'y ait pas plus de barrière infranchissable entre le diabète sucré et le diabète insipide, qu'il n'en existe entre la glycosurie simple et le diabète sucré. Nous serons donc justifiés en mentionnant ensemble ces trois modalités d'une même famille nosologique.

Quelques caractères communs au Diabète et à la Syphilis

On a souvent été frappé de certaines analogies entre le diabète et l'infection syphilitique, notamment sous sa forme tabès, tant au point de vue de l'étiologie qu'au point de vue de la symptomatologie.

Diabète

Le diabète est incomparablement plus fréquent chez l'homme que chez la femme.

LÉPINE, s'appuyant sur les statistiques de GRUBE (*Zeitschrift für Kl. Med.* XVII), de GRIESINGER (*Arch. f. phys. Heilkunde* 1859), SEEGEN (*Der D.M.*, Berlin 1903), FRERICHS (*Der Diabetes*, Berlin 1884), WILLIAMSON (*Diabetes*, 1898), SCHMITZ (*Berl. klin. Woch.* 1901), CANTANI (*Deut. Med. Woch.* 1889), donne les chiffres de 22 à 40 diabètes féminins pour 100 diabètes masculins.

BLOCH (*Médecine Moderne*, 1897) donne 29 p. 100.

En somme il n'y a guère qu'une femme atteinte, pour trois hommes.

Syphilis

Or, en particulier dans la classe sociale qui fournit le plus de diabétiques, la femme est bien moins sou-

vent syphilitique que l'homme. Celui-ci, en effet, atteint rarement 40 ans sans avoir eu des rapports sexuels avec un grand nombre de femmes, et en particulier de femmes suspectes. Beaucoup de femmes, au contraire, vieillissent n'ayant eu de relations qu'avec un nombre d'hommes restreint, souvent même un seul homme. Quand ces femmes ont un mari ou un amant syphilitique, il est fréquent que celui-ci ne soit plus contagieux.

Le tabès est, d'après ERB, 17 fois plus fréquent chez l'homme que chez la femme. ANDLER (*Practice of Medicine* 1918) donne la proportion de 1 pour 10 ; or le tabès est 9 fois sur 10 d'origine spécifique :

VERGELY a attiré l'attention sur l'association fréquente du diabète et de l'angine de poitrine. Or cette affection a également une prédilection pour le sexe masculin et reconnaît presque toujours une origine spécifique (JOSUÉ, *Paris Médical* 1919).

Il convient de remarquer ici que la femme, non seulement est moins souvent syphilitique que l'homme, mais aussi moins gravement. La maladie reste souvent latente chez elle, c'est ce qui explique le nombre de syphilis féminines méconnues et aussi la fréquence de la méningite chronique latente chez la femme dont le mari est syphilitique, et qui, chez elle, ne se manifeste par aucun signe. C'est ce fait qu'exprime l'aphorisme : « La femme réagit à la syphilis moins que l'homme, un peu plus que le macacus rhesus, à peu près comme le chimpanzé. »

On a constaté la coïncidence fréquente du diabète avec la P. G. et avec les névroses.

OSLER (*System of Medicine*) écrit : « Certains obser-

vateurs s'accordent à constater une certaine fréquence de la glycosurie ou d'une forme atténuée de diabète dans la paralysie générale. Bond l'a trouvée dans 10 pour 100 et Strauss dans 9 pour 100 de leurs malades. »

VON HOESSLIN (*Münch. Med. Woch.* 1913) montre l'association fréquente du diabète et des névroses. Etudiant la formule leucocytaire de 100 malades répartis en trois groupes : diabète, dysthyroïdisme, maladies nerveuses avec ou sans substratum anatomique, cet auteur met en évidence une analogie très remarquable entre ces trois groupes.

Le diabète s'accompagne souvent d'iritis dont, par ailleurs, la cause la plus habituelle est la syphilis.

La même remarque s'applique à l'hydramnios.

Pseudo-tabès diabétique

C'est avec les symptômes de la syphilis nerveuse sous forme de tabès que le diabète présente les analogies les plus frappantes.

Parmi les manifestations de ce pseudo-tabès, relevons : des douleurs variables, mais empruntant souvent la physionomie des douleurs fulgurantes, pouvant arracher des cris au sujet, avec exacerbation nocturne ; des troubles objectifs de la sensibilité qui sont les mêmes que ceux de l'ataxie locomotrice : hyperesthésie, hyperalgésie, et surtout anesthésie en plaques. Il peut y avoir de l'engourdissement du territoire du cubital, symptôme fréquent, comme on le sait, au cours du tabès. Quelques malades présentent de la perte de la notion de position des membres ; des trou-

bles de la coordination : le signe de Romberg existe, le malade présente l'aspect d'un tabétique avéré (LEVAL-PIQUECHEL, *Thèse*, Paris 1886).

On sait par ailleurs que la perte des réflexes tendineux est extrêmement fréquente au cours du diabète.

Il y a de la paresse pupillaire, et parfois un peu d'inégalité (LEVAL-PIQUECHEL).

Les paralysies oculaires sont « un bon signe de début du diabète » (GANDY, *Leçons orales*). Mais ces paralysies oculaires existent dans 43 % des cas de tabès et sont dûes à une dure-mérite spécifique. « Les paralysies de la 3^e paire, a dit Ricord, sentent la vérole. » Les paralysies diabétiques : oculaires, faciales, sont *parcellaires, incomplètes, passagères*. Ce sont précisément les caractères des paralysies syphilitiques, et en particulier tabétiques. Il existe également des monoplégies et des hémiplégies, des paraplégies présentant les mêmes caractères, et pouvant s'accompagner de lymphocytose (SICARD).

Ces paralysies sont assez fréquentes pour qu'en présence d'une paralysie limitée dont la cause n'apparaît pas, on doive toujours rechercher le sucre dans les urines ». (FERÉ, *La Famille névropathique*).

Les sciatiques sont fréquentes au cours du diabète : mais elles sont aussi très fréquemment dûes à la syphilis ; LORTAT-JACOB et SABAREANU (*Presse Méd.* 1910) ont montré que toute sciatique qui n'était pas dûe à la tuberculose ou à l'alcoolisme reconnaissait pour cause la syphilis.

Le mal perforant plantaire, le perionyxis, sont des manifestations communes aux deux maladies. Au point de vue de l'anatomie pathologique, on a signalé

chez les sujets diabétiques des altérations des cordons postérieurs de la moelle (ANDERS, *Practice of Medicine* 1918) et SOUQUES (cité par LAMY, *Traité de Médecine*).

WILLIAMSON (*Brit. Med. J.* 1904, vol. 1, p. 122) cite un cas de diabète sucré avec 80 gr. de sucre, acidose, traces d'albumine. L'affection dure depuis 9 mois ; la polyurie est de 5 litres ; les réflexes tendineux sont abolis. A l'autopsie, on trouve une légère dégénérescence des fibres nerveuses dans les faisceaux de Goll et de Burdach, telles, dit l'auteur, qu'on les trouve dans le tabès. Il l'attribue à l'action des produits toxiques contenus dans le sang.

CONCLUSIONS : Le diabète et le tabès sont des affections surtout masculines. Les diabétiques présentent souvent, plus ou moins au complet, les signes d'un soi-disant « pseudo-tabès » qui sont les mêmes que ceux qu'on observe dans la syphilis nerveuse et dans le tabès.

Nous rappelant que « si l'on mettait dans un sac des billets portant les noms de tous les symptômes du tabès, et si on les tirait au hasard, on aurait autant de chances de retracer l'observation d'un tabétique qu'en la rédigeant d'après la réalité » (CHARCOT), que le tabès peut rester monosymptomatique et stationnaire, que les cas de tabès frustes méconnus sont certainement très nombreux. Il semble que le diagnostic des pseudo-tabès soit bien difficile à faire d'un tabès vrai syphilitique. Les lésions médullaires, la lymphocytose chez les diabétiques, l'intermittence du signe d'Argyll (GOUGEROT) et des troubles réflexes (GOUGEROT et QUERL-

LIEN) dans le tabès incipiens, dans le tabès fruste, contribuent à obscurcir le diagnostic.

L'HÉRÉDITÉ ET LE DIABÈTE

Une des principales caractéristiques de la syphilis est d'être une maladie héréditaire et une maladie familiale dont on retrouve la trace à travers deux ou trois générations. Son influence peut être latente ou plutôt méconnue, sauter, comme on dit, une génération, frapper le petit-fils à travers et sans toucher le père. Enfin les affections dues à la syphilis souvent ne se transmettent pas « en nature », il y a hérédité de substitution et non hérédité homologue, similaire. Un père aortique ou angineux aura un fils tabétique, dont le fils, à son tour, sera paralytique général ou aliéné.

Si donc le diabète est une affection, ou un syndrome dû à l'infection syphilitique, nous devons retrouver dans son histoire : 1° l'influence de l'hérédité homologue des cas de diabète transmis de père en fils ; 2° une association familiale avec ces affections qui se rattachent à l'hérédité syphilitique.

Si l'influence de l'hérédité sur la production du diabète a été reconnue par la plupart des auteurs, LÉPINE (*Diabète sucré* 1901) écrit que l'influence de l'hérédité est puissante.

SEEGEN (*Der Diabetes mellitus* 1893, p. 123) établit que 14 % des diabétiques qui l'ont consulté avaient

leur père ou leur mère diabétique.

KÜLZ (*Klinischer Erfahrungen über D. M.*) trouve l'influence de l'hérédité chez 22 % des malades ; dans 10 % des cas, directe.

CANTANI (*Deut. Med. Woch.* 1889), analysant 1.108 cas, la trouve dans 26,7 %, dont 13 % directe.

VON NOORDEN (*Die Zuckerkrankheit*) donne la généalogie d'une famille de 19 personnes dont 15 ont été diabétiques.

GRAHAM (*J. of Physiol.*, 50, 283) trouve 10 fois sur 18 un élément familial, 7 fois direct, 3 fois collatéral.

WILLIAMSON (*Heredity in D. M., Med. Chron.*, janvier 1909) trouve une influence héréditaire dans 13 % des cas d'hôpital et 18,8 % dans les cas de clientèle. Par une analyse ultérieure portant sur 100 cas en clientèle qui furent spécialement étudiés à ce point de vue, il trouva 27 cas avec une hérédité. L'élément héréditaire atteint 30,6 % chez les sujets atteints de moins de 40 ans. En général, la maladie était trouvée chez le frère, la mère, le père, la sœur ; 1 fois sur 50 chez le conjoint.

NEUMANN (*Ärtzlicher Verein in Hamburg, Münch. Med. Woch.* 1916, t. I, p. 466) estime que les statistiques des dernières décades montrent l'influence héréditaire dans 20 à 50 % des cas. Il cite les deux familles suivantes :

Dans l'une le père n'est pas diabétique, mais a une forte glycosurie alimentaire. Il y a quatre enfants : l'aînée et la cadette meurent de diabète respectivement à 2 ans et demi et à 7 ans ; la deuxième, qui a 15 ans,

est diabétique ; la troisième a eu du diabète à l'âge de trois ans.

Dans l'autre, il s'agit d'une remarquable coïncidence de diabète et de maladies mentales : sur 18 membres, 13 sont morts dont 6 de diabète et 3 de maladies mentales.

PRIBRAM (*Zentral Blatt f. inn. Med.* 1915, n° 21) donne l'histoire d'une famille dont le père est de souche goutteuse et la mère de souche diabétique. Les trois enfants aînés sont devenus diabétiques vers la quarantaine, les six sœurs plus jeunes ont indemnes, ainsi que la troisième génération.

Nous rappelant : 1° que la glycosurie et le diabète restent souvent latents (2/3 des cas, d'après Alfred MARTINET [*Le Diagnostic clinique*, article : Glycosurie) et que par conséquent les chiffres ont des chances d'être inférieurs et non supérieurs à la réalité ; 2° que la fréquence de la glycosurie et du diabète est d'environ 1 %, nous concluons que l'hérédité a une importance capitale dans la genèse de ces troubles.

Voyons maintenant si le diabète est associé dans l'histoire familiale des malades avec des affections dues à la syphilis.

Westphal, Seegen, Griesinger, Lockart-Clarke ont signalé les rapports familiaux fréquents entre le diabète et l'épilepsie et l'aliénation mentale. Vergely a montré les rapports de l'angine de poitrine et du diabète.

En 1891, GUINON et SOUQUES publiaient dans les *Archives de Neurologie* la série de tableaux généalogiques suivants, qui paraissent suggestifs.

OBSERVATION 1

Mère : mélancolie et suicide. (SEEGEN)

Quatre enfants morts
d'affection cérébrale.

Un fils
mort aliéné.

Deux jumeaux
un idiot, un diabétique.

OBSERVATION 2

Père : épilepsie et delirium tremens (COTARD, Arch. gén. de Méd., 1877, t. 29)

Fille de 9 ans
diabétique.

Quatre enfants
morts d'épilepsie.

*Les tableaux suivants sont tirés de l'article de GUINON et
SOUQUES (Arch. de Neur., 1891, n° 66).*

OBSERVATION 3

Côté paternel

Grand-père diabétique

Oncle diabétique

Père aliéné

Mère hystérique

Fils mort

Fille

Fils

de bronchopneumonie.

arriérée.

diabétique.

(REDON, Thèse 1877).

OBSERVATION 4

Grand-mère : aliénation mentale (CHARCOT)

Mère nerveuse

Fils épileptique.

Fille morte de diabète à 16 ans.

OBSERVATION 5

Mère diabétique

Fille hystérique.

OBSERVATION 6

X. — Epilepsie, diabète, paralysie agitante.

OBSERVATION 7

Famille israélite. — Père : mélancolique

Fils diabétique

Fils gouteux

Fils graveleux

Fils gouteux

Fille diabétique

Fille suicidée

OBSERVATION 8

Famille israélite : Père : maladies des voies urinaires

Fils graveleux et vésanique

Fils diabétique

Fils normal

Fille normale

Petite-fille épileptique
et diabétique.

Petit-fils diabétique
et graveleux.

Petit-fils
paraplégique
Arrière petit-fils
diabète.

Petit-fils P. G.

OBSERVATION 9

Famille israélite. — Père : diabète et goutte
Fille : aliénation mentale
Petite-fille : asthme, eczéma et paraplégie spasmodique.

OBSERVATION 10

Père : alcoolique, suicide			Mère arthritique
4 enfants sains.	AMéné	Aliéné	Diabétique

OBSERVATION 11

Famille israélite. — Côté maternel :			Côté paternel :
Oncle diabétique	Tante diabétique	Mère diabète, aliénation et suicide	Père Cancer de la langue
Sœur rien.		Frère : paralysie faciale périphérique sans cause crampe des écrivains Neurasthénie.	Sœur Frère Neurasthénie. Neurasthénie. originale.

OBSERVATION 12

Famille israélite. — Mère hyponcondriaque

Fils gouteux.	Fils diabétique.	Fils lithiasique.	Fils arthritique.
---------------	------------------	-------------------	-------------------

OBSERVATION 13

Famille israélite. — Mère morte diabétique (4 filles)

Gravelle.	Tics.	Arriérée.	Mélancolie.
-----------	-------	-----------	-------------

OBSERVATION 14

Père diabétique
Fils épileptique.

*Exemples dûs à CHARCOT, rapportés par GUINON et
SOUQUES (loc. cit.)*

OBSERVATION 15

Côté paternel :			
Frère : ulcération.	Père : tumeur stomacale	Mère : diabète	Sœur : aliénation.
		Tabès.	

OBSERVATION 16

Père : tabès, fracture spontanée
Fils : diabète.

OBSERVATION 17

	Aventureux, guerrier		
Névro		Cancer	
	Rien	Diabète	Tabès
	Tabès	Névropathe	Névropathe
			Epilepsie.

OBSERVATION 18

Grand-mère : diabète, mélancolie
 Mère : diabète, mélancolie
 Fils : Tabès 8 ans après syphilis, mélancolie.

OBSERVATION 19

Père : diabète
 Fils : Tabès peu d'années après la syphilis.

OBSERVATION 20

Père : diabète, mort dans le coma
 Fille : tabès. Fils : diabète. Fils : sain.

Observation de GUINON et SOUQUES

OBSERVATION 21

Côté paternel :		Côté maternel :	
Tante : aliénation mentale	Père Diabète et goutte	Mère Tuberculose	Tante Hémiplégie.
Cousin impulsif.	Tabès.		

L'examen des tableaux qui précèdent nous fait toucher du doigt la parenté qui unit le diabète aux affections nerveuses, et en particulier avec le tabès, la paralysie générale, l'épilepsie. Les auteurs, montrant que cette coïncidence familiale ne saurait être l'effet du hasard, concluaient à l'analogie des hérédités névropathique et arthritique (diabète). Mais ces tableaux étaient publiés en 1881 ; nous savons aujourd'hui la nature syphilitique de la paralysie générale et du tabès, la nature souvent syphilitique de l'épilepsie.

Remarquons encore que, continuellement, dans ces tableaux généalogiques de diabétiques, reviennent les affections : aliénation, mélancolie, paralysie faciale, tiquose, polymortalité infantile, hystérie, gemelléité, idiotie, arriérisme, suicide, et concluons-en que ce n'est pas par hasard que le diabète se trouve ainsi associé dans les familles à des affections si souvent dûes à la syphilis.

Diabète conjugal. — Diabète contagieux

Si nous envisageons la possibilité de l'origine syphilitique du diabète en général, et en particulier du diabète sucré, il est un caractère essentiel de l'infection syphilitique qu'on devrait retrouver dans l'histoire du diabète, c'est sa contagiosité — une contagiosité spéciale, par contact des muqueuses et tout particulièrement par le contact sexuel, par exemple entre conjoints.

La fréquence d'une coïncidence du diabète chez deux conjoints a frappé un grand nombre d'observateurs.

Cette fréquence paraît grande, FUMARO (*Il Diabete in Tunisia*, cité par P. Marie in *Clinique Médicale* 1896) a trouvé 10 cas de diabète conjugal sur 127 observations, soit 1 cas pour 13.

SCHMITZ (*Meine Erfahrungen bei 600 Diabetiken*, *Deut. Med. Woch.* 1890, n° 30) donne le chiffre de 26 diabétiques conjugaux sur 2.320 observations, soit

1 cas pour 100. L'auteur croit à la contagiosité du diabète (*Kann der D. M. übertragen werden*) [*Berl. Klin. Woch.* 1890].

DEBOVE (*Bull. de la Soc. Méd. des Hôp.* 1889, p. 375) trouve 10 diabètes conjugaux sur 50 cas, et il ajoute : « Il est probable que la proportion aurait été plus grande si j'avais toujours eu soin d'examiner l'urine des deux conjoints. »

MARTINET, constatant la fréquence du diabète conjugal (*Presse Méd.* 10-2-04), donne cet aphorisme : « Si tu constates de la glycosurie chez un de tes clients, recherche-la chez son conjoint. »

P. MARIE (*Sem. Méd.*, 16-12-95) dit, parlant des chiffres cités à son époque : « On ne saurait se dissimuler que c'est là un chiffre qui donne à réfléchir ; il est bien supérieur à celui d'autres affections conjugales dans lesquelles la contagion joue un rôle indéniable ; je veux parler du tabès conjugal ou de la paralysie générale conjugale, fonctions de la syphilis que se sont transmises les conjoints.

SEEGEN et BETZ (*Der D. M.*, Berlin 1875) signalent l'existence du diabète conjugal et tendent à y voir une preuve de sa contagiosité.

BOISSUMEAU (*Thèse*, Paris 1897) relève 101 cas de diabète conjugal dans la littérature.

Pour expliquer cette fréquence vraiment remarquable de l'incidence du diabète chez le conjoint d'un diabétique on a recherché si elle ne serait pas due à une communauté de vie, d'alimentation, d'hygiène défectueuse. HUTINET (*Thèse*, Paris 1904) répond à cet argument en montrant que, dans un grand nombre d'observations, le contagionnant et le contagionné

vivent d'une manière absolument dissemblable. Femme au régime normal dont le mari suit un régime anti-diabétique, femme dont le mari voyageur de commerce, employé de la Compagnie des Wagons-Lits, interprète, ne vient au domicile conjugal que de loin en loin.

Il semble donc établi que le diabète conjugal est extrêmement fréquent.

Analysant une série de 30 cas de diabète conjugal, tirés des auteurs, Hutinet remarque que :

1° Le décalage entre les dates d'apparition du diabète chez les deux conjoints est de 4 ans en moyenne.

2° Le diabète conjugal ne s'observe qu'après une vie commune prolongée (17 ans en moyenne).

3° Les conjoints frappés le sont à l'âge mûr (50 ans).

4° 21 fois sur 30, le diabète apparaît d'abord chez l'homme ; il n'apparaît que secondairement chez la femme.

Or les choses ne se passeraient pas autrement si le diabète était une manifestation de syphilis tertiaire tardive.

En particulier en ce qui concerne l'apparition de la maladie chez le mari d'abord, il n'est pas douteux que dans les ménages de la classe aisée, d'où proviennent la majorité des cas de diabète, c'est presque toujours le mari qui contamine sa femme quand il s'agit de syphilis.

Au contraire, dans la tuberculose conjugale, par exemple, c'est plus souvent la femme qui commence (WARD, *Lancet*, oct. 1919).

Quelles conclusions les auteurs ont-ils tirées de ces faits ?

LEDIEU, publiant en 1898 une thèse sur le diabète contagieux, réunit 126 observations. Dans l'immense majorité des cas, la contagion s'est faite entre conjoints : sinon, il s'agit le plus souvent d'une domestique : lingère, cuisinière, contractant le diabète de son maître ; parce qu'elle lave son linge, conclut l'auteur, qui croit à une contagion par la salive et les liquides organiques. Nous rappelant la fréquence des coïts ancillaires, il ne semble pas illogique de conclure à un autre mode de contagion.

SCHMITZ (*Berliner Klin. Woch.* 19 mai 1890) écrit : « L'usage du même lit et des baisers peut facilement engendrer et donner la maladie. » Chez les gens mariés, il suffirait, pour qu'il y ait transmission, qu'il y ait vie commune ; il n'est pas nécessaire que le mari et la femme fassent usage du même lit.

TEISSIER croyait à la nature contagieuse du diabète ainsi que P. MARIE.

HUTINET conclut à la contagion par un microbe qui aurait son habitat dans la bouche, où il produirait une gingivite spéciale qui porterait d'abord son action sur les vaisseaux, « comme le microbe inconnu de la syphilis », puis produisant une sclérose des tissus glandulaires hépatique et pancréatique, aboutirait au diabète. Cet agent serait peut-être l'entérocoque de Thiercelin.

Cette hypothèse paraît répondre aux faits, réserve faite du choix de l'entérocoque, dont, malgré les progrès de la microbiologie, l'action n'a pas été confirmée.

CONCLUSIONS

Le diabète se présente très souvent sous la forme d'une maladie contagieuse, et surtout conjugale. Les circonstances de cette contagion qui se fait par la fréquentation sexuelle, par les baisers, par la salive, qui porte d'abord son action sur les vaisseaux, qui nécessite une incubation de plusieurs années, sont suggestives de la contagion spécifique dont ces diabètes seraient une manifestation d'ordre tertiaire, ou, comme on disait autrefois, parasyphilitique, et comparable à la méningite syphilitique chronique latente, à la lymphocytose rachidienne du conjoint d'un sujet spécifique, qui n'est également précédée d'aucune manifestation primaire ou secondaire.

Les Glycosuries et les Diabètes syphilitiques

Les auteurs s'accordent aujourd'hui pour reconnaître que la glycosurie et le diabète peuvent avoir à leur origine des lésions de différents organes : le foie, le pancréas, le cerveau (4^e ventricule), les glandes vasculaires sanguines et en particulier l'hypophyse.

On peut donc classer les glycosuries et diabètes syphilitiques suivant qu'ils sont occasionnés par des lésions de ces différents organes, en faisant un chapitre spécial pour ceux dont la lésion anatomique est restée indéterminée.

Diabète nerveux

On sait que la glycosurie peut être occasionnée par les lésions traumatiques, pathologiques, expérimentales, du 4^e ventricule. Claude Bernard a montré que la piqûre du plancher du 4^e ventricule causait de la glycosurie. De nombreuses observations de lésions nerveuses traumatiques enregistrent une glycosurie consécutive. LÉPINE (*Le Diabète sucré*, p. 419) en enregistre un cas typique : Un manœuvre, après une chute sur l'occiput, a une polyurie de 8 litres avec 400 gr. de sucre par 24 heures. L'autopsie montre des lésions du 4^e ventricule. LEVRAT-PERROTON (*Thèse de Paris*

1859) a établi l'existence de glycosurie par tumeur du plancher du 4^e ventricule.

La syphilis peut causer la glycosurie ou le diabète, soit par syphilome, soit par méningite de la zone diabétogène.

Etant donné la prédilection du virus syphilitique pour le système nerveux et la fréquence de la syphilis cérébrale latente, il est probable que cette origine du diabète est assez fréquente.

Les observations suivantes en sont des exemples :

LEUDET (*Moniteur des Sciences Médicales* 1860), citée abrégée par Troller :

OBSERVATION 22

Femme âgée de 30 ans. Ostéite nasale, affaissement des os propres du nez ; quatre ans après paralysie de la 5^e et de la 6^e paire de nerfs craniens gauches, se développant pendant une gestation. Délire, hébétude, fonte de l'œil du côté paralysé. Diabète sucré.

A la suite d'un traitement ioduré, diminution des accidents de paralysie et disparition du diabète.

Quatre ans après le début des accidents cérébraux : vomissements, polydypsie, diabète insipide, accidents de l'œil droit ; mort.

Autopsie. — Méningite chronique de la base. Atrophie des nerfs des 5^e et 2^e paires gauche. 4^e ventricule : plexus choroïde adhérent intimement au bord gauche de calamus scriptorius. Substance cérébrale comme érodée et irrégulière, légèrement ramollie en un point. Foie : lésions syphilitiques.

OZENNE : Syphilome cérébral compliqué de glyco-

surie chez un arthritique (*Sem. Méd.* avril 1894), cité abrégé par Troller :

OBSERVATION 23

Homme de 42 ans. Arthritique atteint d'accidents de syphilis cérébrale et de glycosurie.

Au bout de deux mois de traitement mixte, grande amélioration. Plus tard la glycosurie reparut et ne put être guérie que par l'adjonction d'un traitement spécifique au régime antidiabétique.

HEMPTENMACHER : *Ein Fall von Diabetes mellitus syphiliticus. Schmidt's Jahrbücher* 1902.

OBSERVATION 24

Femme de 42 ans, ancienne prostituée, contracta la syphilis il y a dix ans, et subit un traitement mercuriel et ioduré. Elle fut guérie et ne présenta jamais, paraît-il, d'accidents secondaires. Il y a un an et demi survinrent de la polydypsie et de la polyurie, ainsi qu'un grand amaigrissement et de la faiblesse. Trois jours après l'apparition du premier symptôme diabétique, une paralysie gauche très accentuée se produisit, accompagnée de névralgie frontale et faciale. L'urine contenait 36 grammes de sucre par litre.

Sous l'influence de frictions, d'injections et d'ingestion d'iodure de potassium, les phénomènes paralytiques disparurent. Quant à la glycosurie, elle disparut malgré une alimentation ordinaire.

LAIGNEL-LAVASTINE (*Soc. de Neurologie*, 5 mars 1914) résumée :

OBSERVATION 25

Homme de 25 ans, entré le 17 janvier 1914.

En 1910, accident primitif, traitement insuffisant, syphilis secondaire. Alcoolisme. Depuis 1913, polydypsie et polyurie progressive (actuellement 14 litres).

Examen : Foie et rate normaux. TA : 18-10. Emotivité. Astigmatisme hypermétropique, réflexes paresseux, légère inégalité pupillaire. Urines : vol., 18 litres. Pas de sucre.

P.L. : lymphocytose légère. Pas d'hyperalbuminose.

Traitement par le novarsenobenzol : la polyurie tombe à 5 litres. L'auteur conclut à une irritation syphilitique de la base entre le tuber cinereum et les tubercules mamillaires.

DUPRÉ (même séance) :

OBSERVATION 26

Homme de 19 ans, entré à l'hôpital Laënnec le 21 janvier 1914 pour accidents méningés apparus brusquement la nuit précédente : céphalée, rachialgie, vomissements, raideur de la nuque. Température, 38,5.

Le 27 janvier : polyurie de 2 litres et demi qui passe à 4 litres 2. T.A. : 16. P.L. : Liquide clair, hypertendu, albumineux, lymphocytose, 30.

Sang : Wassermann faiblement positif.

Les observations qui précèdent montrent que des lésions syphilitiques soit gommeuses, soit inflammatoires de la base du cerveau dans la région du 4^e ventricule, peuvent être à l'origine de certains diabètes sucrés ou insipides.

Diabète hépatique

Foie et diabète. — A la suite des expériences fondamentales de Claude Bernard sur la glycogénèse, on a pendant longtemps attribué au foie le rôle primordial dans la pathogénie de la glycosurie et du diabète.

Gilbert a distingué des diabètes par hyperhépatie et des diabètes par hypohépatie. Cependant, à l'autopsie des diabétiques, il est fréquent de constater l'intégrité du foie. On s'accorde aujourd'hui à considérer que le foie n'est qu'une partie de l'appareil complexe glyco-régulateur et que ses lésions ne coïncident pas nécessairement avec le diabète. Les troubles hépatiques peuvent s'accompagner de tous les degrés de perturbation de ce système glycorégulateur, de la glycosurie provoquée de Colrat au diabète franc.

Foie et syphilis. — Le diabète hépatique peut être le fait d'une infection générale qui a frappé le foie (Marcel LABBÉ : *Le Diabète sucré*, p. 167).

Or le foie est un habitat de prédilection du tréponème. Chez le fœtus hérédosyphilitique, le foie fourmille de parasites, et il est certain que l'organe est lésé d'une manière permanente si le sujet survit.

Chez l'adulte, le foie est atteint d'une manière précoce. Ces localisations souvent latentes sont assez souvent révélées par des ictères syphilitiques au cours du traitement arsenical, quand le médicament a exalté la virulence des colonies tréponémiques dans la glande. Dès la période secondaire, on peut souvent constater des signes avertisseurs : hypoazoturie, urobilinurie, glycosurie alimentaire, ou même spontanée (GOUGEROT, *La Syphilis en clientèle*, p. 372). Les études anatomo-pathologiques de WARTHIN et WILSON montrent la présence de lésions hépatiques spécifiques dans 10 % de syphilis anciennes (*Am. J. Med. Sci.* 1916, vol. 152, p. 508).

De nombreuses observations montrent des diabètes

sucrés contemporains de gros foies chez des spécifiques :

TESCHENMACHER (*Centralblatt für die Krankheiten der Harn und sexual Organe*, vol. 10, 1899), citée abrégée par Troller :

OBSERVATION 27

Femme de 40 ans envoyée à Neuenahr pour hépatite avec ictère. La glycosurie fut découverte au premier examen d'urine que j'e pratiquai. Antécédents : scrofule et débilité ; 6 grossesses, 4 avortements et deux enfants maladifs. Eruption et, depuis quelques semaines, secousses épileptiformes, céphalée violente, coryza chronique amélioré par des injections.

Examen : Subictère, cicatrices d'adénite, exostoses tibiales et rotuliennes. Urines : acides biliaires, glycosurie 1 pour 100. Un traitement ioduré de 4 semaines fait disparaître les secousses épileptiformes, la glycosurie, et améliore l'état général. Au bout de 2 ans, la glycosurie n'a pas reparu et la malade a augmenté de 11 kilos et demi.

En somme, syphilis ancienne certaine et diabète hépatique amélioré par le traitement antisiphilitique en même temps que les accidents spécifiques.

LEMONNIER (*Arch. Méd. des Enf.*, mars 1901, p. 167) observation abrégée.

OBSERVATION 28

Fillette de 7 ans et demi qui présente de l'amaigrissement et un mauvais état général avec une polyurie de 5 litres et de la polydypsie. Foie gros ; réflexes conservés. Urines : glycosurie, pas d'albuminurie. Antécédents héréditaires : grand-père paternel, lumbago ; grand'mère paternelle,

obésité, cancer stomacal ; père, syphilis acquise trois ans avant le mariage ; mère migraineuse et nerveuse (4 grossesses : une f.c. de 2 mois, une f.c. de 2 mois et demi, une f.c. de 6 mois, l'enfant actuelle).

Antécédents personnels : Au 22^e jour après la naissance, éruption, coryza, lésions péri-buccales et périanales. Traitement incomplet : guérison des accidents.

On ordonne un régime peu sévère, des frictions et de l'iodure. En quatorze mois le diabète a disparu, et la guérison se maintient malgré un retour à un régime normal.

Discussion : Diabète avec gros foie chez une hérédosyphilitique certaine, et guérison par le traitement antisiphilitique.

Dans une lettre personnelle en date du 18 février 1921, M. le D^r AUDRAIN, professeur de clinique obstétricale à la Faculté de Caen, a bien voulu nous communiquer les précisions suivantes :

L'hérédosyphilis jouerait un très grand rôle dans la production de la glycosurie, par diminution progressive de la capacité antitoxique du foie. Cette glycosurie, révélant une insuffisance hépatique simple, céderait souvent rapidement à un traitement opothérapique.

De même la glycosurie gravidique qui coïnciderait presque toujours avec des stigmates héréditaires, céderait à un traitement par le calomel à 2 centigr. par jour, même sans l'adjonction d'extrait de foie. Un hydramnios associé à la glycosurie céderait aussi à ce traitement.

Rappelons ici que l'hydramnios est une complication fréquente de la grossesse chez les diabétiques (LÉPINE, *Le Diabète sucré*, p. 614).

Henri MALHERBE, de Nantes (*Annales de Derm. et de Syph.* 1913, p. 335) :

OBSERVATION 29

Il y a plus de 10 ans, M. X... est envoyé à notre consultation par un de nos confrères de la ville, au sujet d'une éruption généralisée survenue il y a 8 à 10 jours et sur laquelle on n'a pas mis d'étiquette précise. Grand et fort, cet homme, âgé de 50 ans, travaille beaucoup ; d'existence rangée, il n'a jamais fait d'excès ni supporté de maladie. Depuis 2 mois environ les forces déclinent, l'appétit au travail diminue, peu à peu l'appétit s'en va, tandis qu'au contraire une soif vive s'éveille et le malade doit se lever la nuit plusieurs fois pour boire ; en même temps, le volume quotidien des urines s'élève notablement. Devant cet ensemble de signes on songe au diabète et les urines sont examinées. L'analyse note 5 gr. de sucre par litre. Immédiatement un régime et un traitement convenables sont institués, mais sans résultat, car le jour de notre visite, malgré un mois de persévérance, l'urine contient toujours 5 à 6 gr. de sucre par litre. Depuis quelques jours, M. X... maigrit rapidement. Procédant à un examen méthodique du sujet, nous constatons un assez bon état des viscères. Rien du côté du système nerveux. En apparence rien au cœur ni aux poumons ; *le foie est un peu gros mais nullement douloureux à la pression.*

Du côté des téguments, nous notons sur la peau du front 7 à 8 grosses papules jambonnées ; en descendant sur les joues, au niveau de l'angle de la mâchoire inférieure, des deux côtés, un groupe de macules assez larges et rosées.

Plus bas, sur le thorax, les flancs et les cuisses, de nombreuses taches variant de dimensions, mais ayant en général l'étendue d'une feuille de trèfle ; quelques-unes sont sail-

lante et presque ortices. Les mêmes éléments se retrouvent sur la face antérieure des bras, surtout au niveau de la saignée. En outre, il y a engorgement ganglionnaire retro-mastoïdien et inguinal. Quelques croûtes dans les cheveux. Rien sur les muqueuses, pas de céphalée, pas d'alopecie.

Evidemment, le diagnostic de syphilis s'impose. Pressé de questions, le malade, après négation, finit par avouer un rapport suspect quelques mois avant l'apparition des accidents susdécrits, rapport qui au bout de trois semaines fut suivi d'une érosion minime et indolore dans le sillon balano-préputial. Aujourd'hui on voit encore la trace de cette lésion sous forme d'une petite cicatrice dure et blanche.

Nous songeâmes d'abord que le diabète pouvait être antérieur à la syphilis et n'avoir pas donné jusqu'alors de signes apparents. Mais en raison de la multiplicité des lésions cutanées et de l'atteinte présentée par la santé générale de M. X..., il nous parut urgent de faire sans attendre la cure spécifique.

Le traitement fut ainsi combiné : KI à la dose de 2 gr. *pro die* à cause de l'infiltration de certains éléments éruptifs. Injections intra-musculaires de biiodure de mercure à la dose de 2 centigrammes tous les deux jours.

Trois mois après notre collègue, médecin habituel du malade, nous donnait les nouvelles suivantes : 3 semaines après le début du traitement, le sucre a disparu des urines sans qu'aucun autre traitement ou régime spécial soit observé ; 6 semaines plus tard on ne trouve plus trace des éruptions.

Discussion : Diabète avec gros foie chez un spécifique secondaire et guéri uniquement par le mercure et l'iodure, en l'absence de tout régime.

Observation due à l'obligeance de M. le D^r QUEYRAT:

OBSERVATION 30

M. B..., 39 ans, officier, me consulte à l'hôpital militaire de Versailles, en novembre 1916, pour des troubles gastriques (dyspepsie) qu'il attribue à la syphilis, contractée à l'âge de 25 ans.

Bon état général, le foie est gros, à peine sensible, il dépasse le rebord costal de trois travers de doigt.

Les urines ne contiennent ni albumine, ni urobiline, ni pigments biliaires, mais une proportion notable de glucose (18 gr. par litre).

La séroréaction (Institut Pasteur) = 0 + +.

Je mets cette glycosurie sur le compte d'une détermination de la syphilis sur le foie et traite le malade par l'arsénobenzol (0,15 — 0,25 — 0,35 — 0,40 — 0,40 — 0,40 — 0,50) par doses hebdomadaires.

Après la deuxième injection, la teneur en glucose n'est plus que de 12 gr.; elle tombe à 6 gr. après la quatrième; après la cinquième, le sucre a complètement disparu, comme aussi la dyspepsie du malade. L'état général est beaucoup meilleur, le malade a engraisé. Le foie n'est plus perceptible au-dessous des fausses côtes.

Observation due à l'obligeance de M. le D^r QUEYRAT:

OBSERVATION 31

M. M..., 45 ans, employé d'administration, vient me consulter en mai 1908 pour un mauvais état général et des douleurs dans la région du foie.

Il a eu la syphilis à 21 ans, traité pendant 3 ans par des pilules de protoiodure et du sirop de Gibert, assez régulièrement.

Pas d'alcoolisme.

Facies terreux, mauvais état général, foie sensible, aug-

menté de volume, assez dur, dépassant de quatre travers de doigt le rebord costal.

Fonctions gastro-intestinales régulières, pas d'albumine dans ses urines qui, en revanche, contiennent du sucre (14 gr. par litre). Cette glycosurie existe depuis trois ans (à sa connaissance) ; le taux du sucre est monté jusqu'à 22 grammes.

Wassermann = 00 +.

Je considère cette glycosurie comme dépendant d'un mal fonctionnel du foie sous l'influence de la syphilis et je prescris au malade 15 frictions d'onguent napolitain avec, simultanément, de l'iodure de potassium (2 gr. le premier jour, 4 gr. le deuxième, 6 gr. le troisième et continué à cette dose pendant un mois).

Le malade revient me voir au bout de 6 semaines : le sucre a disparu complètement dans les urines. J'ai revu et traité M. M... à plusieurs reprises dans la suite : la glycosurie n'a pas reparu ; j'ajoute que, sous l'influence du traitement, son foie s'est rétracté et dépasse à peine d'un travers de doigt le rebord costal.

Dans les observations qui précèdent, nous voyons des glycosuries coïncidant avec des troubles hépatiques (hépatalgie, hépatomégalie, subictère, troubles digestifs). La syphilis est certaine, on peut constater soit des accidents concomitants, soit une séroréaction positive ; les signes hépatiques, la glycosurie, les accidents spécifiques disparaissent par le mercure ou l'arsenic. Nous pouvons donc conclure à l'existence d'une glycosurie par atteinte syphilitique du foie.

Pancréas

La plupart des auteurs s'accordent aujourd'hui pour faire jouer un rôle important au pancréas, dans la

pathogénie du diabète. Lépine a montré que l'ablation totale du pancréas chez le chien était suivie de glycosurie ; il conclut de ses expériences sur l'animal que l'ablation du pancréas cause une perturbation profonde du système glycorégulateur (LÉPINE, *Le Diabète sucré*, p. 383).

Marcel LABBÉ, reprenant les études antérieures et examinant des pancréas de diabétiques, conclut que si tous les diabètes ne sont pas d'origine pancréatique, il est probable que des lésions du pancréas peuvent causer cette maladie (Marcel LABBÉ, *Le Diabète sucré* 1920, p. 184).

OPIE avait montré que les lésions consistaient soit en pancréatite interstitielle chronique interlobulaire, soit en altérations interacinaires (*Jour. Exper. Méd.* 1901).

MINKOWSKI a montré un des premiers que l'ablation du pancréas causait une glycosurie immédiate et durable chez le chien, pourvu que la proportion de tissu glandulaire restant n'excède pas $1/10^e$ du volume total de la glande (cité par BROWN, *Lancet* 31 mai 1919). Sandmeyer aurait remarqué que si la quantité de tissu glandulaire restant était supérieure quoique de peu à $1/10^e$, la glycosurie ne s'établissait pas immédiatement, mais la partie restante de la glande ne tardait pas à s'atrophier et un diabète secondaire finissait par s'établir (*loco citato*).

Or la syphilis touche fréquemment le pancréas. Le professeur Gaucher faisait remarquer à une de ses leçons à l'hôpital Saint-Louis, en 1903, la grande fréquence des affections pancréatiques chez les hérédosyphilitiques (cité par TROLLER dans sa *Thèse* de Paris 1903-04).

FARVY considère que le pancréas lutte pour la préséance dans la fréquence et l'importance des lésions spécifiques. On constaterait généralement un degré variable de sclérose qui pourrait aller jusqu'à l'étranglement du parenchyme glandulaire. L'auteur a trouvé le tréponème 6 fois sur 7 (*Pancréas et Parotide dans l'hérédosyphilis du fœtus et du nouveau-né. — Thèse, Paris 1911-12*).

OPIE (cité par OSLER, *System of Medicine*), parlant de la pancréatite interlobulaire, ne mentionne même pas la syphilis comme cause possible ; OSLER et CHURCHMAN, dans leur article sur la syphilis (ASCHOFF, *Pathologische Anatomie*, vol. II), remarquent que le pancréas est rarement lésé, et que Herxheimer ne cite que 3 cas de gomme du pancréas.

Mais les lésions gommeuses auxquelles on a attaché longtemps une grande importance ne sont pas le seul critérium de l'atteinte d'un organe par la syphilis. STEINBERG (*loco citato*) dit que la syphilis cause fréquemment la sclérose et l'induration du pancréas. Walter SALLIS a publié en 1913 (*Ann. de Derm. et de Syph.* 1913, p. 657) une étude sur la pancréatite spécifique ; elle serait assez fréquente à la fois dans la spécificité héréditaire où on la trouverait 20 fois sur 100, et dans la syphilis acquise où, sur 100 cas de syphilis abdominale, on trouverait 45 fois des lésions pancréatiques.

Ces lésions scléreuses, gommeuses, sclérogommeuses donneraient fréquemment lieu à de la glycosurie (8 fois sur 15 cas).

Il existerait souvent en outre d'autres signes cliniques : douleur épigastrique, ictère, amaigrissement,

trouble digestif, tumeur dure, immobile à l'épigastre. Ces signes se rapportent en somme à des lésions déjà avancées ; il n'est pas douteux que dans de nombreux cas la pancréatite reste latente et ignorée.

WARTHIN et WILSON (*Am. J. Med. Sci.* 1916, 152-157), étudiant une série de 6 autopsies de diabétiques, faites à Michigan, concluent à l'origine syphilitique de nombreux cas de diabète sucré.

Ils publient les 6 observations suivantes :

OBSERVATION 32

D. F..., 62 ans, fermier américain, transféré d'un service de chirurgie à un service de médecine le 27 février 1907, pour diabète sucré, gangrène des deux pieds et érysypèle de la face. Pas d'antécédents vénériens. Une sœur est morte du diabète. Pas d'autres symptômes de diabète.

Urine : densité, 1.030 à 1.033. Réduction de la liq. de Fehling. Sucre : 32 gr. par litre, acétone présente ; 33 gr. au polarimètre.

Le 4 mars, le malade entre graduellement dans le coma, odeur d'acétone de l'haleine. Mort le 5.

Autopsie : Diabète sucré ; gangrène emphysémateuse. Atrophie, infiltration graisseuse du pancréas avec pancréatite interstitielle chronique. Myocardite et aortite syphilitique. Orchite syphilitique fibreuse. Atrophie et congestion passive de tous les organes.

L'examen microscopique montre des zones fibreuses du myocarde, de la sclérose coronaire et de petites infiltrations perivasculaires dans toute l'épaisseur du muscle cardiaque. La paroi aortique montre de l'atherome marqué, avec des zones d'infiltration de mononucléaires autour des vasa vasorum. La paroi aortique montre de l'atherome marqué, avec

des lésions des tuniques moyenne et adventive (aortite syphilitique). Les testicules montrent une orchite scléreuse syphilitique ancienne. On n'a pas recherché les spirochètes.

OBSERVATION 33

Mme M..., 45 ans, ménagère, Américaine, entre le 25 mai 1911. Il y a cinq mois, la malade a remarqué qu'elle était altérée, qu'elle éprouvait des démangeaisons vulvaires et qu'elle était affaiblie. Sa mère est morte de diabète à 54 ans; une des sœurs de la malade souffre également du diabète; elle a eu deux fausses couches; elle a quatre enfants vivants et bien portants. Le 26 mai : dyspnée et odeur d'acétone.

Urine : densité, 1.020; acétone et acide diacétique présents; glucose, 24 gr. 7 par jour.

Morte dans le coma le 31 mai.

Autopsie : Diabète sucré. Atrophie et inflammation chronique du pancréas. Myocardite chronique fibreuse. Aortite syphilitique. Artériosclérose. Néphrite parenchymateuse aiguë. Congestion passive chronique et atrophie de tous les organes. Syphilis ancienne.

L'examen microscopique confirme le diagnostic de myocardite syphilitique, d'aortite et de pancréatite. On n'a pas recherché les spirochètes.

OBSERVATION 34

M. K..., 28 ans, manœuvre, étranger, entre le 15 octobre 1913. Il y a quelques semaines il a commencé à éprouver une soif excessive et à uriner beaucoup. Il a perdu 34 livres en 4 semaines. Il a des attaques de dyspnée et son haleine a une odeur d'acétone. Il entre dans le coma peu après son entrée.

Il avoue une blennorrhagie, mais nie la syphilis. Il meurt dans le coma 24 heures après son entrée.

Urine : densité, 1.031 ; glucose, 154 gr. par 24 heures ; acétone et acide oxybutyrique présents.

Autopsie : Diabète sucré. Pancréatite interstitielle chronique avec dégénérescence fibreuse hyaline des îlots de Langerhaus. Cœur fibreux. Aortite syphilitique. Orchite scléreuse syphilitique. Artériosclérose. Emphysème aigu. Congestion passive de tous les organes.

L'examen microscopique montre une syphilis latente du cœur, de l'aorte, du pancréas et des testicules. La recherche des spirochètes par la méthode de Levaditi montre des spirochètes typiques dans le myocarde, dans les parois de l'adventive de l'aorte et dans le pancréas.

OBSERVATION 35

38 ans, Américain, postier, entre le 12 décembre 1913.

Antécédents éthyliques, mais il nie toute infection vénérienne. Une sœur est morte du diabète.

Il est entré dans un service de chirurgie pour plaie suppurante de la main droite. Il se plaint de la soif et reste apathique.

Phlegmon de la main droite et du bras avec début de gangrène.

Dyspnée le jour suivant, coma, puis mort assez rapide.

Urine : densité, 1.022 ; glucose, 40 gr. par 24 heures ; acétone présente.

Autopsie : Diabète sucré. Pancréatite chronique avec dégénérescence hyaline des îlots de Langerhaus. Nécrose graisseuse. Carcinome du doigt avec lymphangite du bras droit. Septicémie. Cœur fibreux. Aortite. Sclérose syphilitique du testicule. Emphysème. Congestion passive de tous les organes.

L'examen microscopique montre une myocardite syphilitique chronique, de l'aortite, de la pancréatite et de

l'orchite. Des spirochètes se trouvent dans le myocarde, dans une zone de tissu aréolaire bordant une zone fibreuse.

OBSERVATION 36

M. Le F..., 40 ans, Français ; occupation non déclarée ; entre le 5 mars 1914. Anasarque généralisé, ascite, dyspnée, état léthargique, cyanose, ulcérations profondes des deux jambes. Le pied gauche a été amputé au-dessus de la cheville. Il est resté en observation jusqu'à sa mort, le 7 janvier 1915. Les symptômes cliniques sont ceux de l'urémie. L'analyse d'urine ne mentionne pas la recherche du glucose. Diagnostic clinique : Diabète sucré, gangrène diabétique, néphrite chronique, insuffisance du myocarde. Wassermann négatif. (Syphilis ignorée.)

Autopsie : Diabète. Syphilis ancienne. Myocardite chronique, aortite, hépatite, pancréatite, néphrite, orchite. Atrophie et congestion passive de tous les organes. Ulcérations spécifiques des jambes. Amputation ancienne, obésité, escarre sacrée. Cholelithiase.

Examen microscopique : Myocardite, aortite, pancréatite, orchite syphilitiques. Ulcérations gommeuses des jambes. La recherche des spirochètes dans le myocarde, par la méthode de Levaditi, est positive.

OBSERVATION 37

M. W. E..., 66 ans, entre d'urgence à l'hôpital, le 1^{er} janvier 1915, dans le coma, avec un peu de fièvre, de la fibrillation auriculaire, un pouls rapide et irrégulier et une suppuration de la région occipitale, qui tend à s'étendre. L'analyse d'urine donne une réaction de Fehling fortement positive, la recherche de l'acétone est positive. L'état du malade rend un examen complet impossible ; il meurt dans le délire le 3 janvier.

Autopsie : Diabète sucré ; phlegmon du cuir chevelu et du cou ; pyohémie. Abscès métastatiques des poumons, du cœur, des reins et de la prostate. Prostatite chronique. Pancréatite chronique avec hypertrophie de quelques îlots de Langerhaus. Myocardite fibreuse chronique. Aortite chronique. Orchite fibreuse chronique. Gastrite hypertrophique chronique. Syphilis ancienne.

Examen microscopique : Syphilis ancienne du cœur, de l'aorte, du pancréas, des surrénales et des testicules. On trouve des spirochètes par la méthode de Levaditi dans le myocarde.

Analysant ces 6 cas dans tous lesquels l'autopsie a pu être pratiquée, les auteurs remarquent d'abord qu'aucun des sujets n'avait été considéré syphilitique de son vivant, mais que les lésions dont ils étaient porteurs démontrent cependant cette infection. Ils concluent que la syphilis latente est le facteur prédominant dans l'étiologie de cette forme de pancréatite qui s'accompagne le plus souvent de diabète, mais que le diabète ne coïncide pas toujours avec une forme avancée de cette lésion.

L'observation suivante, abrégée, est donnée par BÉGUIER dans sa thèse (Paris 1918).

OBSERVATION 38

Mme B..., couturière, entre à l'hôpital Beaujon le 28 mars 1919, pour amaigrissement, diarrhée et douleurs abdominales.

Histoire : Début en janvier 1917 par amaigrissement et glycosurie. Depuis 6 mois, crises diarrhéiques. Polyphagie, polydypsie. La malade se plaint que sa vue ait baissé.

Examen : Aspect cachectique. Légère inégalité pupillaire. Foie gros et lisse. Rate et poumons normaux. Cœur normal. Pression 20-12. Réflexes rotulien et achilléen abolis. Réflexe pupillaire aboli, fonds d'œil normal.

Wassermann positif dans le sang et dans le liquide C.R. Lymphocytose.

Urines : Vol., 6 litres ; sucre, 66 gr. par litre ; ni acétone ni acidose.

Antécédents personnels : Grossesse normale à 32 ans ; naissance d'une fille ; pas d'autre grossesse ; pas de fausse couche.

Rhumatismes il y a dix ans.

Antécédents familiaux : Parents morts âgés ; trois frères et une sœur bien portants ; mari mort à 49 ans de congestion cérébrale.

Autopsie : Cœur normal ; foie gros, cirrhotique ; pancréas enfoui dans du tissu fibreux très dur ; la glande est méconnaissable.

Il résulte de ce qui précède que d'une part les lésions du pancréas sont susceptibles de causer le diabète, et d'autre part que la syphilis lèse fréquemment cette glande. Y a-t-il donc des diabètes par lésions pancréatiques spécifiques ? Nous avons vu que Walter Ellis, analysant les résultats de l'autopsie de 15 malades présentant de la pancréatite spécifique, avait noté que, sur ces 15 sujets, 8 avaient eu de la glycosurie pendant leur vie.

On peut donc conclure qu'il n'est pas rare qu'une pancréatite spécifique soit à l'origine du diabète.

Diabète syphilitique par lésions hypophysaires

Il semble que les lésions de l'hypophyse peuvent causer soit le diabète sucré, soit le diabète insipide et que cette glande joue en particulier un rôle important dans la glycorégulation.

PARDLE (*Archives of internal Medicine*, février 1919) a montré qu'au cours des migraines dont l'origine pituitaire était démontrée par la radiographie et par des indications générales de dystrophie pituitaire, le métabolisme du sucre était troublé. L'acromégalie s'accompagne souvent de glycosurie. STEINHAUS (cité par MILLER, *Am. J. Med. Sci.* 1916, vol. 152) la trouve 11 fois sur 50 cas ; BORCHARD (*loc. cit.*) 63 fois sur 176. CUSHING croit que la glycosurie de l'acromégalie est due à l'hyperplasie du lobe postérieur ; au cours d'un grand nombre d'expériences il a toujours observé que l'injection au lapin de lobe postérieur était suivie de glycosurie. Pour Stephen CHAUVET (*Infantilisme hypophysaire*), les troubles pituitaires s'accompagnent souvent soit de glycosurie, soit de polyurie. RATHERY (*Traité de Path. Int.*), parlant de l'origine endocrinienne de certains diabètes, dit que l'hypophyse occupe à ce point de vue le premier rang. Dans l'hémianopsie temporale, KRAUS trouve du diabète insipide 7 fois sur 34.

Or la syphilis lèse souvent l'hypophyse. Chez le nourrisson hérédosyphilitique, cette glande peut être

« farcie » de tréponèmes (SABRAZÈS et DUPERIE, *Gaz. Hebd. Sc. Méd. Bordeaux*, mai-juin 1913). On connaît d'ailleurs des cas d'acromégalie secondaire à une syphilis acquise.

OBSERVATION 39

Le 24 novembre 1914, PARKINSON présente à la section de pédiatrie de la Société Royale de Médecine d'Angleterre un cas de diabète sucré et d'infantilisme chez une petite fille de 10 ans. La maladie a commencé il y a 4 ans, et la croissance s'est arrêtée à peu près à la même époque. La selle turcique est normale à la radioscopie, mais les os des poignets ont la grandeur et la forme de ceux d'un enfant de 6 ans.

OBSERVATION 40

Le même jour, WHIPMAN présente un garçon de 4 ans atteint de diabète insipide et d'infantilisme, et qui était le sixième enfant d'une famille de huit, tous arriérés.

LANGDON-BROWN (*Lancet*, 31 mai 1919) cite l'observation suivante (abrégée) :

OBSERVATION 41

Femme de 63 ans, présente une glycosurie de 5 gr., sans acidose, et se plaint de sa mauvaise vue. Vision : O.G., contraction du champ visuel, macule du côté nasal, réduction considérable du côté temporal ; vision centrale bonne ; O.D., vision centrale défectueuse, mais champ visuel moins réduit, surtout du côté temporal. La radioscopie montre une ombre turcique augmentée. Wassermann négatif.

Un traitement ioduré guérit la glycosurie et améliore la vision.

Diabète syphilitique sans localisation connue

Dans un certain nombre de cas, l'origine syphilitique du diabète, tout en étant évidente, n'a pu être assignée à des lésions de tel ou tel organe. L'origine spécifique est alors démontrée par la date postérieure de l'apparition du diabète, par l'effet du traitement « pierre de touche », enfin parfois par l'évolution concomitante de lésions syphilitiques.

DUB, cité par TROLLER :

OBSERVATION 42

Homme de 28 ans, vu en mai 1857, dont la mère est morte de diabète, mais sans antécédents personnels.

Amaigrissement, polydypsie, polyphagie, polyurie, asthénie, amaigrissement, impuissance. Taches rouges cuivrées sur le corps, tuméfaction ganglionnaire, ulcérateins de l'arrière-cavité buccale. Glycosurie abondante.

Traitement mercuriel : au bout de 6 semaines, toute trace de syphilis, et en même temps la polyurie, la polydypsie et la glycosurie avaient disparu ; les facultés génésiques s'étaient réveillées.

L'année suivante, le diabète reparut. Le malade, envoyé à Carlsbad, mourut peu après.

Observation de LEMONNIER (*de Flers*), citée abrégée par TROLLER.

OBSERVATION 43

Homme de 49 ans, vu le 25 mars 1887. Alcoolique.

Chancre il y a 20 ans, suivi d'accidents secondaires. Sa-

femme n'a jamais eu de grossesse. Diabète très accentué depuis 5 mois : 3 litres d'urines avec 84 gr. de sucre par litre. A l'auscultation de la poitrine : défaut d'élasticité dans la partie moyenne du poumon gauche. Bruit de pot fêlé, matité. Quelques sous-crépitations au sommet du même côté. Crachats mucopurulents abondants.

Gomme ulcérée du pharynx.

Le traitement antidiabétique avait été institué pendant 5 mois sans résultat. Il continuait à uriner plus de 2 litres, renfermant au moins 70 gr. de sucre par litre.

A ce moment : frictions et iodure.

Au bout d'un mois, la gomme fut cicatrisée, les signes chancre de la lèvre. Il sort guéri de son accident le 24 juillet.

Ce malade mourut en 1902 d'une pneumonie. Il avait eu, en 1900, un zona thoracique assez grave qui s'était ulcéré et avait duré 5 à 6 semaines. Les habitudes alcooliques ont persisté jusqu'à sa dernière maladie. Il ne suivait aucun régime, et jamais le sucre n'a reparu dans ses urines.

MANCHOT (*Über die Beziehungen der Glycosurie und des Diabetes mellitus zur Syphilis. Monatschrift für prakt. Dermatologie, Hamburg 1898*), abrégée :

OBSERVATION 44

Relieur de 38 ans, qui entre à l'hôpital le 23-6-97, pour chancre de la lèvre. Il sort guéri de son accident le 24 juillet. En octobre, sa femme fait une fausse couche; le malade se plaint de céphalée, de maux de gorge et d'abcès du cuir chevelu. Il rentre à l'hôpital le 12 avril 1898.

Ulcérations amygdaliennes, gomme ulcérée du voile.

Urines : Vol., 2.700 c.c.; sucre, 25 gr. par litre ; ni albumine, ni acétone.

Le malade n'est pas mis à un régime antidiabétique, mais suit le traitement ioduro-mercuriel.

Les lésions locales se guérissent, en même temps que le volume des urines descend à 1.200 c.c. et le sucre à 10 pour 1.000.

Le 27 mai, le malade sort, mais continue à prendre de l'iode. Le 11 juin, 4 gr. de sucre. Le 2 juillet, le volume urinaire est de 1.500 c.c., le sucre disparaît définitivement.

Glycosurie au cours de la Syphilis

LAURENT (*Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 1912, p. 718) publie l'observation suivante :

OBSERVATION 45

Mme X... est âgée de 52 ans. Elle a contracté la syphilis à l'âge de 20 ans. Elle prit quelques « douzaines de pilules », et puis ne se préoccupa bientôt plus de sa maladie. Elle fit pourtant, à diverses reprises, une cure printanière d'iodure de potassium. Au mois de juin dernier, elle alla consulter un médecin, ne lui parla point de sa syphilis antérieure, et celui-ci ayant trouvé du sucre dans les urines lui conseilla le régime classique des diabétiques.

Les urines furent examinées, elles contenaient 3 gr. de sucre par litre, et la quantité totale était de 1 litre 200 gr.

Il n'existait, en dehors de cette glycosurie, aucun signe de diabète, ni obésité, ni polyphagie, ni polydypsie, ni polyurie... Le régime institué ne fut pas suivi.

Au mois de janvier 1912, la malade vint nous consulter. Elle raconte tout d'abord son histoire de diabète, à laquelle elle attache une grande importance, puis nous met au cou-

rant de l'histoire de sa syphilis antérieure et du traitement suivi. Ses urines, examinées, réduisent la liqueur de Fehling. Un pharmacien dose le sucre et trouve 2 gr. par litre. La malade refuse un régime et ne veut rien modifier au sien. Elle ne présente toujours aucun signe de diabète. Elle insiste au contraire pour suivre un traitement hydrargyrique et on lui fait une série d'injections d'huile grise de Vigier à la dose de 7 centigrammes par semaine.

A la troisième injection, les urines ne contiennent plus de sucre et depuis le 15 février, les urines ont été revues à cinq reprises différentes et jamais on ne constata plus de glycosurie.

N'étant pas aiguillé vers une lésion du foie, du pancréas, ou du bulbe, l'auteur se contente d'enregistrer le fait d'une glycosurie datant d'au moins sept mois, guérie par le traitement hydrargyrique, en dehors de tout régime.

Observation due à l'obligeance de M. Marcel PINARD :

OBSERVATION 46

Homme de 65 ans, diabétique.

Histoire : Il y a 25 ans : perte de poids de 10 kilos ; polyphagie, polydypsie, polyurie, glycosurie (12 gr. p. 1.000) ; pelade. Guérison par un régime. Il y a 15 ans : mêmes symptômes, qui disparaissent par le régime. Il y a 2 ans : fatigue, glycosurie (8 gr. p. 1.000), albuminurie, anthrax, iritis avec hypopion, cystite, entérite.

En même temps douleurs médiastinales très violentes, douleurs osseuses et articulaires au niveau de la colonne vertébrale. Le malade garde le lit, ne mange plus. A la radiographie, ombre ganglionnaire du médiastin. On pense à la bacillose, à la spécificité, à une néoplasie ; le Wassermann et le Hecht sont négatifs.

Un traitement par le sulfarsénol amène une résurrection

du malade ; les douleurs cessent, l'appétit revient ; en même temps, la glycosurie diminue puis disparaît.

Examen : Inégalité pupillaire et myopie datant de l'âge de 8 ans ; cicatrices tibiales dues à des foyers d'ostéite consécutifs à une typhoïde à 19 ans.

Antécédents personnels : Typhoïde à 19 ans ; coliques hépatiques fréquentes.

Antécédents familiaux : Père mort à 46 ans d'une affection hépatique ; une sœur et un neveu ont également une histoire hépatique ; femme bien portante ; un fils de 30 ans, bien portant, mais qui a eu des crises hépatiques douloureuses, et qui présente de la coalescence des sourcils, une implantation basse des cheveux et un tubercule de Carabelli.

En somme, diabète qui guérit par le sulfarsénol, chez un sujet de 65 ans présentant une inégalité pupillaire, ayant eu une lésion médiastinale et de l'iritis qui ont guéri en même temps, dont le père est mort jeune et dont l'enfant présente des stigmates qui suggèrent une hérédité spécifique.

Les sept observations suivantes ont été publiées par BENARIO dans la *Münchener medizinische Wochenschrift*, année 1913 :

OBSERVATION 47

Femme de 58 ans ; nie la syphilis. Depuis un mois et demi, polydypsie de 6 litres, polyurie, asthénie ; deux enfants qui seraient morts « d'abcès » ; deux fausses couches ; céphalée et douleurs des membres ; leucomelanodermie cervicale ; exostoses tibiales ; 2° son aortique douteux. Urine : 6 litres, densité 1.004. Wassermann positif.

Traitement : 0 gr. 50 d'arsénobenzol (sous-cutané).

En quatre mois, le volume urinaire tombe à 1 litre, la densité monte à 1.015, le Wassermann devient négatif.

D^r CITRON (*Inaug. Dissert.*, Berlin 1911), observation abrégée :

OBSERVATION 48

Femme de 40 ans. Syphilis tertiaire. Organes normaux. Wassermann positif. Ulcérations vulvaires rebelles. Céphalée, polydypsie, polyurie ; ni sucre, ni albumine. Densité : 1.002. Traitement par le « 606 ». En 4 mois la densité monte à 1.010. La polyurie et la polydypsie sont améliorées.

Prof WOLTERS (*Clinique dermat. de Rostock*), abrégée :

OBSERVATION 49

Mme P..., 38 ans. Il y a 3 mois, épisode aigu : céphalée, rachialgie, fièvre, puis amaigrissement ; polydypsie et polyurie de 5 litres. Onze grossesses, dont cinq fausses couches.

Urines : vol., 15 litres ; densité, 1.001.

Traitement par le Salvarsan. Au bout de 3 mois, la malade se sent améliorée. Vol. urinaire, 7.500 c.c. ; d = 1.001-1.002.

D^r CITRON (*Clinique médicale de la Charité de Berlin*), abrégée :

OBSERVATION 50

Mme P..., 19 ans. Polyurie et polydypsie vers 15 ans, qui s'aggravent à l'âge de 17 ans (grossesse) ; enfant mort-né à terme. Pas de signes de syphilis, mais Wassermann positif.

Urines : vol., 8 litres ; ni sucre, ni albumine.

Traitement par le « 606 » : 0 gr. 45, intramusculaire. En 7 jours, l'urine tombe à 3 litres ; la malade sort guérie.

D^r GREGOR, de Gerschun-Wilna, 15 septembre 1910, abrégée :

OBSERVATION 51

Homme de 36 ans. Syphilis il y a 4 ans. Traitement mercuriel. Perforation du palais. Syphilis cérébrale. Polydypsie. Inégalité pupillaire. Argyll-Robertson.

Salvarsan : 1 dose de 0 gr. 45. La polydypsie disparaît.

GOLDENBERG et KALISKI (*Am. J. Med. Sci.* 1911), abrégée :

OBSERVATION 52

Tourneur sur métaux de 21 ans.

Depuis 2 mois : polydypsie.

Pupilles inégales et paresseuses.

Urines : vol., 7 litres ; densité, 1.005.

Wassermann positif.

Mère morte à 29 ans de méningite ; frère mort en bas âge.

Traitement : Salvarsan, 0 gr. 60 intraveineux.

Au bout de 2 mois : Vol. urinaire, 1.500 ; densité, 1.013.

ADLER (*Prager Med. Woch.* 1913), abrégée :

OBSERVATION 53

Matelot de 40 ans. Polydypsie, polyurie.

Début il y a 4 mois. Vol. urinaire actuel, 17 litres. Céphalée de 8 à 13 ans. Malaria à 27 ans. Nie la syphilis, mais perforation palatine ; pas de frein pénien. Névrite optique incipiens.

Traitement mercuriel et ioduré : le volume urinaire tombe à 3.500 c.c.

En somme, 7 cas de diabète insipide chez des syphilitiques reconnus ou méconnus, et qui guérissent par le traitement spécifique.

LANGDON BROWN (*Lancet*, 7 juin 1919) :

OBSERVATION 54

Femme de 40 ans, qui présente une polyurie de 13 litres deux ans après un second mariage. Le Wassermann est fortement positif. Elle s'améliore par un traitement spécifique et par la valériane. Deux après, la séroréaction est positive, mais la polyurie est tombée à 4 litres et demi.

Observation due à l'obligeance de M. Marcel PINARD :

OBSERVATION 55

Odette M... a eu, en 1911, un « bouton » à la lèvre. La séroréaction est positive ; elle a eu une éruption et a été traitée par le « 606 » et par l'hectine.

1^{re} grossesse 1911 : Fillette vivante, mais délicate.

2^e grossesse 1913 : Avortement à 5 mois et demi.

3^e grossesse 1919 : Fille vivante 2.900 gr. ; placenta 600 grammes.

La mère a été traitée pendant sa dernière grossesse et a présenté pendant cette période de la polydypsie et de la polyurie (5 litres). A la fin de la grossesse, le Hecht est positif, mais la polyurie disparaît.

Fréquence des Antécédents spécifiques chez les Diabétiques

Dans cette étude où nous envisagerons la fréquence d'antécédents syphilitiques chez les diabétiques et de la glycosurie et du diabète chez les syphilitiques, il n'est pas inutile de donner quelques précisions sur l'incidence de ces états pathologiques.

Sur 1.000 malades âgés de plus de 14 ans entrant dans un de nos grands hôpitaux, il y a une moyenne de 3 à 4 diabétiques, mais la clientèle hospitalière est moins souvent atteinte de diabète que les personnes riches ; la proportion précédente est donc loin de donner une idée juste de la fréquence du diabète (LÉPINE, 1909). ALIX (*Thèse*, Lyon 1898) a relevé sur les registres de l'Hôtel-Dieu de Lyon le nombre de diabétiques qui y ont été admis pendant 18 années ; il a trouvé 2 à 3 pour 1.000. Mais tous les diabétiques ne sont pas reconnus à l'entrée.

A. MARTINET (*Diagn. Clinique* 1920), sur 1.000 sujets militaires atteints pour la plupart d'affections aiguës, examinés dans un service hospitalier, trouve 6 glycosuriques, soit 1 pour 200. La glycosurie était méconnue dans 4 cas, soit les deux tiers.

Sur 2.000 sujets des deux sexes atteints d'affections chroniques, il a trouvé 106 glycosuriques, soit 1 pour

20. La glycosurie était méconnue dans les deux tiers des cas.

Syphilis

L'incidence de la syphilis sur la population est difficile à déterminer.

FOURNIER estimait que la proportion était de 13 à 16 pour cent.

GOUGEROT (*La Syphilis en clientèle*) donne le chiffre de 1 sur 6 dans les services de médecine générale.

LANDOUZY et GAUCHER ont pu dire que la syphilis constitue le tiers de la pathologie.

La syphilis serait ignorée dans 3 pour 100 des cas pour les hommes et dans 18 pour 100 des cas pour les femmes (GOUGEROT).

Les statistiques plus récentes donnent des chiffres plus élevés.

DUJARDIN (*Arch. de Méd. belges* 1919, vol. 2) trouve sur 1.000 examinés au Havre que la syphilis était ignorée 20 fois sur 100 chez l'homme, 56 fois chez la femme. A la consultation ophtalmologique, on trouve les chiffres de 52 pour l'homme et de 86 pour la femme. On a été mis sur la voie par des troubles pupillaires, des altérations des réflexes, de la leucoplasie, des troubles de l'ouïe, des accidents cutanés.

SYMMERS (*J. Am. Med. Ass.* 1916), analysant les résultats de 4.880 autopsies faites à l'hôpital Bellevue, trouve 314 cas de syphilis, soit 6 et demi pour 100. Mais cet auteur recherche les signes macroscopiques : anévrysmes, aortite, orchite, lésions viscérales gommeuses.

Le P^r WARTHIN et M^{lle} WILSON (*Am. J. Med. Sci.* 1916) ont trouvé sur 120 autopsies 41 cas de syphilis, en recherchant les spirochètes et les lésions histologiques ; soit une fois sur trois. La syphilis était ignorée dans 25 cas, soit plus des deux tiers.

Le P^r WARTHIN et M^{lle} ARBOR (*Am. J. of Syphilis*, 1918) trouvent la syphilis 300 fois sur 750 autopsies, soit dans 40 pour 100 des cas.

En somme, on trouverait de la glycosurie une fois pour 100 malades examinés ; quant à la syphilis, si nous ne tenons compte que des données cliniques, on la trouverait une fois sur 6 malades examinés, environ.

I

Les cas de diabète qui suivent ont été tirés d'une série consécutive de 1.000 observations de malades généraux examinés par M. Marcel Pinard. Ces malades n'ont pas été choisis, et on remarquera que la plupart des cas où la syphilis a été mise en évidence sont précisément ceux de malades qui ne se présentaient pas pour cette maladie.

OBSERVATION 56

Diabète avec glycosurie de 15 à 30 gr. par 24 heures chez un malade soigné à Vichy, et qui est un spécifique ancien.

La femme de ce malade, également spécifique, est soignée pour obsession, mélancolie et contractures.

OBSERVATION 57

Diabète avec glycosurie de 30 gr. par 24 heures. Le foie est gros. Les réflexes, le cœur sont normaux ; la tension

artérielle est de 19 au Potain. La glycosurie cède au traitement antidiabétique et tombe successivement à 2 gr. 36, 1 gr. 23, 0 gr. 92.

La sœur de ce malade est diabétique.

OBSERVATION 58

Diabète avec hypertrophie de la prostate.

OBSERVATION 59

Glycosurie de 2 gr. 11 par litre avec gros foie et emphyème pulmonaire et myopie chez un hérédosyphilitique.

OBSERVATION 60

Glycosurie. Dilatation stomacale avec hyperchlorhydrie. Nodules sous-cutanés roulant sous le doigt, échelonnés sur la ligne mamelonnaire gauche.

OBSERVATION 61

Glycosurie légère avec polyurie claire, sans albuminurie, chez une femme atteinte de prurit vulvaire et de diabétides génitales. Le cou est un peu gros et la malade a eu des syncopes. Elle a eu une attaque d'hémiplégie il y a 2 ans et aurait eu des « abcès » de la gorge il y a un an. T.A., 25-14.

Le mari de la malade est syphilitique.

OBSERVATION 62

Traces de sucre dans l'urine d'un malade qui se plaint d'affaiblissement de la vue, de bourdonnements d'oreille, d'étourdissements et chez qui on trouve un cœur clango-reux, une tension de 20 et un gros foie.

OBSERVATION 63

Glycosurie de 44 gr. par litre et albuminurie chez un malade atteint de diabète depuis 5 ans, qui souffre de sciatique et de névralgies diverses. T.A. 18. Syphilis non recherchée.

OBSERVATION 64

Une dame brésilienne consulte pour douleurs lombaires. Son urine contient 40 gr. de sucre par litre. Syphilis non recherchée.

OBSERVATION 65

Glycosurie légère chez un homme dont la tension artérielle est de 17.

OBSERVATION 66

Glycosurie de 40 gr. par litre chez un hérédosyphilitique dont le père a été opéré d'une tumeur du sein, et dont la mère a eu 8 grossesses : 1. avortement de 6 mois ; 2. fille morte à 1 mois ; 3. le malade actuel ; 4. fille vivante et bien portante ; 5. enfant mort-né ; 6. avortement de 3 mois ; 7. enfant bien portant ; 8. enfant à terme, mort à 9 mois.

Le malade a été hydrocéphale et a eu une sciatique ; il a les incisives médianes supérieures écartées et présentant une échancrure du bord libre. Après un traitement par l'hectine (20 gouttes matin et soir pendant 10 jours), la glycosurie disparaît (mai 1918). Mais au mois d'août, le malade a une syncope, puis les réflexes pupillaires disparaissent ; il a de l'achoppement des syllabes ; la paralysie générale se confirme et le malade meurt en période déméntielle et interné.

L'examen de cette statistique montre 21 cas de glycosurie ou de diabète sur 1.000 malades examinés.

Sur ces 21 cas, il y a 7 malades (obs. : 56, 61, 70, 71,

69, 74, 75) qui ont une syphilis acquise certaine, et 5 malades (obs.: 60, 66, 72, 73, 76) qui ont une syphilis héréditaire certaine. Il reste un certain nombre de cas douteux, par exemple celui de l'observation 67. Les recherches minutieuses et répétées écartent l'hypothèse d'une infection transmise à la mère, et l'anomalie ovulaire semble indiquer une hérédité spécifique.

En ne tenant compte que des cas de syphilis certaine, on trouve 12 cas positifs sur 21, soit près des trois cinquièmes.

En outre, cette série de 1.000 observations comprenait environ 500 syphilitiques, dont 12 étaient glycosuriques, soit une proportion de plus de 1 pour 50.

Il semble donc que la glycosurie soit plus fréquente chez les syphilitiques que chez les non syphilitiques d'une part, et d'autre part que les glycosuriques et les diabétiques présentent plus souvent des antécédents spécifiques que les non diabétiques.

OBSERVATION 67

Homme de 40 ans atteint de diabète depuis longtemps, adressé par le professeur Chauffard pour chancre syphilitique. Ce malade conçoit dans les derniers jours de l'incubation de son chancre, soit quelques jours avant l'apparition de la lésion. Il ne contamine pas sa femme : en effet, celle-ci, qui est surveillée de très près pendant toute la durée de sa gestation, à la fois par l'accoucheur et par le médecin, ne présente à aucun moment les signes cliniques de la syphilis et tous les Wassermann faits pendant cette période restent négatifs. Elle accouche à terme

d'un bel enfant pesant 3 kilos 500. Mais le placenta pèse 900 grammes.

Cette anomalie ovulaire peut être expliquée par la syphilis, mais étant donné les circonstances, est-ce la syphilis acquise qui doit être incriminée, ou une hérédosyphilis qui, comme on le sait, peut permettre une contamination nouvelle ?

OBSERVATION 68

Femme de 46 ans qui a eu autrefois de la glycosurie et qui consulte actuellement pour cryesthésie, polyurie, polakurie.

La malade a eu une sciatique gauche à 23 ans. En 1920, sciatique bilatérale et ptose rénale. Elle est mariée et a eu deux grossesses : 1. fille vivante ; 2. fausse couche. Puis elle n'a plus eu de grossesse.

Père mort urémique à 80 ans. Mère bien portante.

OBSERVATION 69

Homme de 60 ans qui consulte pour une glycosurie de 7 gr. par 24 heures. Il aurait eu la syphilis à 15 ans. Il s'est soigné longtemps, mais le Hecht est encore positif. Sa femme, qui a 56 ans, souffre d'une ostéite tibiale et d'une aortite.

OBSERVATION 70

Syphilitique tertiaire, qui présente des traces de sucre dans l'urine.

OBSERVATION 71

Femme de 56 ans, glycosurique et spécifique, vue en 1913. L'affection débute par de la soif et de l'asthénie et par une névralgie sciatique. Actuellement, polyurie de 3 l. avec 41 gr. de sucre par litre ; le Wassermann est négatif.

Le mari a eu la syphilis en 1883 (céphalée, mal à la

gorge) ; il se marie en 1885. Sa femme (la malade actuelle) a eu une éruption (« peu de chose ») et s'est soignée par des pilules pendant deux ans. Elle a eu une fille et une fausse couche. La fille a maintenant 35 ans ; elle est mariée et n'a pas d'enfants.

Le diabète s'aggrave ; la glycosurie passe à 120 gr. en mai 1914, puis à 155 gr. et la malade meurt dans le coma en 1916.

OBSERVATION 72

Un diabétique soigné par le docteur Lippmann est envoyé pour pelade. Le P^r Gilbert l'a soigné pour insuffisance hépatique. Le malade, dont le diabète a débuté à l'âge de 23 ans, présente de la pelade de la barbe. Il est marié depuis 10 ans et n'a pas d'enfants.

Père 77 ans, rhumatisant ; mère bien portante.

Wassermann négatif, mais tubercule de Carabelli à droite. Hérédosyphilis probable.

OBSERVATION 73

Jeune fille amenée pour une glycosurie de 5 gr. par litre. Elle présente un tubercule de Carabelli.

Le grand-père était syphilitique. Le père a contracté la syphilis pour son propre compte ; il s'est marié trois ans après et a eu trois enfants : 1° un fils délicat, qui présente actuellement des lésions apicales ; il a contracté, étant enfant, dit sa mère, toutes les maladies et a eu toutes les complications de ces maladies, il présente un tubercule de Carabelli très net ; 2° une fille qui souffre de dysménorrhée, de douleurs articulaires et qui présente du clapotage gastrique et un tubercule de Carabelli ; 3° la malade actuelle ; 4° garçon bien portant, ayant deux Carabelli.

OBSERVATION 74

Homme de 43 ans atteint de syphilis méningée.

Les urines contiennent 2 gr. 97 de sucre par 24 heures.

Il a des antécédents syphilitiques non douteux. Le Wassermann et le Hecht sont positifs. Il présente les signes du tabes au complet.

OBSERVATION 75

Homme de 45 ans qui consulte pour neurasthénie.

L'analyse des urines révèle une glycosurie de 2 gr. 84 par litre. Le sang contient 0 gr. 88 de sucre. La glycosurie est variable et passe par les chiffres de 2 gr. 27, 1 gr. 36, 5 gr. 67. Le malade a eu un accident primitif il y a 5 ans. Le Wassermann est positif.

OBSERVATION 76

Homme de 47 ans, consulte pour glycosurie.

Il n'y a pas de polydypsie, mais l'urine renferme 18 gr. 20 de sucre par litre. Le malade a eu un ictère catarrhal à 23 ans. L'année dernière, il a eu une paralysie des 3^e et 7^e paires. Son père est mort aortique ; sa sœur a de la choréïdite avec une séroréaction positive ; son frère, né après lui et avant sa sœur, est myope et a contracté la syphilis pour son propre compte.

II

Désirant nous rendre compte de la fréquence des antécédents spécifiques chez les diabétiques, nous avons examiné à ce point de vue un certain nombre de malades soignés pour cette affection dans les services de médecine générale et de chirurgie générale.

Si les diabétiques présentent des antécédents spécifiques dans une proportion nettement supérieure à un tiers, chiffre qui paraît représenter la proportion maximum de syphilitiques dans la population, cette

simple donnée étiologique constituera une présomption en faveur de l'origine spécifique du diabète.

OBSERVATION 77

Prise dans le service de M. le D^r TIXIER :

Mme S..., cuisinière, entrée le 8 janvier 1921.

Depuis 6 mois : Fatigue, amaigrissement, polydypsie, pollakiurie, polyurie, céphalée et troubles digestifs.

Examen : Rien du côté des organes ; cicatrice cervicale due à une adénite, datant de l'enfance ; réflexes rotulien et achilléen abolis ; pupilles en myosis, irrégulières, inégales, réflexe pupillaire aboli.

Urines : Vol., 700 c.c. ; glucose, 58 gr. par litre ; albumine, traces.

Sang : Urée, 44 ; séroréaction positive.

Histoire familiale : Trois frères et sœurs. 1. fille morte en naissant ; 2. la malade actuelle ; 3. sœur bien portante.

OBSERVATION 78

Prise dans le service de M. le D^r RATHERY :

Homme de 49 ans, tourneur ; entre le 15 février 1921, pour diabète et cirrhose pigmentaire.

Début en 1917 par fatigue, asthénie, polyphagie, polydypsie, polyurie, dysurie, glycosurie. En 1910, pigmentation diffuse.

Examen : Pigmentation diffuse du tégument ; varices des jambes ; légère leucoplasie buccale ; foie gros, lisse, indolore ; T.A., 12-9 ; réflexes rotulien, achilléen, et pupillaire normal.

Urines : Vol., 5 litres ; sucre + ; acidose +.

Gourme et adénite dans l'enfance ; névralgie faciale intense vers 20 ans. Le malade nie la syphilis.

Rien de spécial dans l'histoire familiale.

OBSERVATION 79

Prise dans le service de M. le D^r LENOIR :

F..., 56 ans, employé de commerce, vu à la consultation.

Depuis un an : troubles digestifs, glycosurie, polyurie de 1.500 c.c., pollakiurie ; brouillards devant les yeux, vertiges ; deux syncopes ; crampes répétées ; phénomène de la jambe morte ; bourdonnements.

Examen : Signe de la temporale ; second bruit aortique accentué ; T.A., 25-13.

Hecht négatif.

Le malade est partiellement sourd depuis l'âge de 15 ans. Sa femme a eu deux fausses couches et n'a pas eu d'autres grossesses.

OBSERVATION 80

Prise dans le service de M. le D^r RATHERY :

Mme P..., 52 ans, entre le 15 février 1921, pour diabète.

Depuis dix ans : Douleurs articulaires ; engourdissements et fourmillements de la main et du pied.

Polyurie, polydypsie, amaigrissement, bronchite chaque hiver.

Examen : Respiration humée et rude dans le tiers du poumon droit ; réflexes tendineux normaux ; pupilles paresseuses.

Urines : Vol., 2.000 c.c. ; sucre, 72 pour 1.000 ; ni albumine, ni acétone.

Antécédents : Céphalées persistantes pendant la jeunesse ; vers l'âge de 18 ans, la malade a été hospitalisée 4 mois

pour pithiatisme ; père mort de péritonite ; mère morte de bronchite ; 6 frères et sœurs : 1. fille morte en bas âge ; 2. fille vivante 70 ans, 10 enfants ; 3. garçon mort à 45 ans de cancer stomacal ; 4. fille vivante 69 ans, 6 enfants dont 4 morts jeunes (2 jumeaux) ; 5. fille morte à 32 ans, épilepsie à 20 ans, aliénée séquestrée ; 6. la malade actuelle.

OBSERVATION 81

Prise dans le service de M. le D^r LEMIERRE :

Amédée H..., 61 ans, journalier, entré le 15 janvier 1921 pour sciatique. Névralgie sciatique gauche depuis dix jours. Céphalée, cryesthésie des extrémités, crampes dans les mollets ; vertiges^o ; pollakiurie. Il aurait eu une syconpe.

Examen : Signes de sciatique ; réflexes rotulien, achilléen et pupillaire conservés ; foie un peu gros et douloureux ; pouls à 52 avec pauses ; T.A., 24.

Urines : Présence de sucre, d'urobiline, d'acide diacétique.

Pas de signes de syphilis.

Histoire familiale : Rien de particulier, sauf un petit-fils rachitique.

OBSERVATION 82

Prise dans le service de M. le D^r LENOIR :

Mme D..., 56 ans, ménagère, entrée pour douleurs abdominales.

Glycosurie intermittente depuis 14 ans. A cette époque elle aurait eu des troubles cardiaques et aurait été soignée par des pilules. Brouillards devant les yeux et diplopie. Surdité progressive.

Examen : Réflexes présents ; T.A., 18 1/2-10.

Urines : Sucre, 10 gr. par litre ; albumine.

Pupilles irrégulières et inégales. Myopie ; scléro-choroï-

dite péripapillaire ; chorio-rétinite atrophique et pigmentaire ancienne.

Wassermann positif.

Antécédents : Salpingectomie à 35 ans, avant son mariage.

OBSERVATION 83

Prise dans le service de M. le D^r Marcel LABBÉ :

Catherine F..., 66 ans, concierge, entrée le 27 décembre 1920 pour diabète.

Histoire : Crise d'appendicite en 1910 ; l'analyse d'urines révèle l'existence d'une glycosurie qui disparaît par le régime antidiabétique. En 1914, cataracte, qu'on opère en 1919 (cataracte double).

Polyurie claire, nycturie, glycosurie de 8 gr. par litre.

Wassermann négatif.

La malade a fait une fausse couche.

Elle est d'une famille de 11 enfants dont 2 sont morts en bas âge.

OBSERVATION 84

Prise dans le service de M. le D^r RATHERY :

Mme V..., 42 ans, entre le 6 janvier 1921.

Depuis 4 ans : Polyphagie, polydypsie, polyurie. Il y a 7 mols, 68 gr. de sucre par litre.

Examen : Varices des membres inférieurs ; souffle systolique mésocardique sans propagation ; asthénie ; acuité visuelle faible ; réflexes normaux.

Urine : Vol., 2.500 ; glucose, 9 gr. par litre.

Antécédents : Migraines pendant la jeunesse.

Père et mère vivants et bien portants. 6 frères et sœurs bien portants. 9 grossesses normales. Les enfants sont vivants et bien portants.

OBSERVATION 85

Prise dans le service de M. le D^r Marcel LABBÉ :

M..., 47 ans, manœuvre, entre le 14 décembre 1920 pour diabète.

Depuis 2 mois : lassitude, polyurie, polydypsie, somnolence, glycosurie (400 gr. par 24 h.).

Douleur épigastrique irradiée au rachis.

Urines : Vol., 5 litres ; sucre, + +.

Réflexes normaux.

Pendant la jeunesse, maux de tête prolongés qui empêchaient tout travail.

Père mort asthmatique à 75 ans ; mère morte à 40 ans.

6 frères et sœurs : 1. mort à 3 mois ; 2. le malade actuel ; 3. frère vivant 45 ans, otorrhée dans l'enfance ; 4., 5. morts âgés de quelques mois ; 6. frère vivant, 34 ans.

Le malade est célibataire.

OBSERVATION 86

Prise dans le service de M. le D^r Marcel LABBÉ :

Arthur L..., 32 ans, mécanicien, entre le 10 février 1921 pour diabète.

Depuis 1 an et demi : Chute de poids de 90 à 53 kilos ; fatigue, polyphagie, polydypsie, polyurie, glycosurie (480 grammes par 24 heures).

Réflexes normaux ; légère tuméfaction ganglionnaire inguinale ; séroréaction négative.

Père inconnu ; mère morte jeune, pas de frères ou sœurs. La femme du malade est bien portante. Un garçon est mort à 7 ans d'appendicite, une fille de 11 ans est bien portante.

OBSERVATION 87

Prise dans le service de M. le D^r Marcel LABBÉ :

Mme D..., 39 ans, ménagère, entre le 30 décembre 1920 pour diabète.

Polydypsie et polyurie de 5 litres depuis octobre 1920. Le poids est tombé de 103 à 75 kilos.

Actuellement : Courbature, vertiges, céphalée, soif intense.

T.A., 15 1/2-9. Réflexe rotulien exagéré.

Urines : 2.300 c.c.; sucre et acidose.

P.L.: liquide normal.

Syphilis à 32 ans soignée par 15 injections de 606. Nouvelle poussée en 1918 qui cède à un traitement mercuriel.

Histoire familiale : Mari spécifique.

OBSERVATION 88

Prise dans le service de M. le D^r Marcel LABBÉ :

Léonie V..., femme de chambre, 60 ans, entrée le 20 octobre 1920 pour diabète.

Otite en 1912 (trépanation de la mastoïde) ; phlegmon diffus du bras gauche en 1913 ; polyurie, polydypsie, glycosurie intermittentes depuis l'âge de 50 ans. Avril 1920 : gangrène diabétique, amputation de 2 orteils. (Sucre, 50 gr. par litre.)

Léger pinceau commissural à gauche ; réflexe rotulien aboli ; pupille droite légèrement déformée ; pupilles paresseuses. Etat mental spécial ; on la considère dans le service comme faible d'esprit.

Antécédents familiaux : La malade ne s'est pas mariée ; père mort à 83 ans, mère morte à 39 ans étant enceinte ; 1. sœur bien portante qui a eu deux enfants normaux et une fille morte de méningite à 3 ans, 2. sœur morte de

méningite à 7 ans, 3. frère mort à 29 ans d'une affection pulmonaire.

OBSERVATION 89

Prise dans le service de M. le D^r TIXIER :

Jeanne D..., 54 ans, marchande des quatre saisons, entre le 12 janvier pour dyspnée, céphalée, vertiges.

La malade qui est éthylique, a déjà été hospitalisée le 15 décembre, elle avait à ce moment une glycosurie de 32 gr. par litre. Le volume urinaire varie de 800 à 1.500 c.c., le taux du sucre de 0 à 32 gr. Malade obèse. Réflexes tendineux abolis, pupillaire conservé. Romberg positif. La malade nie la syphilis.

Nappe érythémateuse, rouge cuivrée, polycyclique dans la région de l'épaule, qui serait apparue il y a 2 ans.

Wassermann positif.

Histoire familiale : 7 grossesses ; 1. fausse couche, 2. fausse couche, 3. fille née à terme, morte 3 heures après sa naissance, 4. garçon né à terme, mort de méningite à 6 semaines, 5. garçon né à 7 mois, mort 15 jours après, 6. fille vivante, bien portante, 7. garçon tué à la guerre à 26 ans.

Evolution : La lésion cutanée disparaît par le traitement spécifique.

OBSERVATION 90

Prise dans le service de M. le D^r FREDET :

M..., voyageur de commerce, 53 ans, entré le 23 novembre 1920 pour gangrène diabétique du pied gauche.

Glycosurie découverte il y a 8 ans à l'occasion d'un anthrax. Polyphagie, polyurie, polydypsie.

On ampute le pied, puis la cuisse ; la plaie guérit lentement. Les urines contiennent 10 gr. de sucre à l'entrée, des traces le 25 janvier, 4 gr. le 12 février.

Cicatrices suspectes dans la région tibiale de la jambe saine ; ce sont les restes de lésions qui ont guéri par des injections de biiodure en 1918 (Hôp. Beaujon). La séro-réaction était positive et l'est encore (Hecht).

Le malade aurait eu à 20 ans une ulcération du sillon balano-préputial ; cette lésion qui, dit le malade, était « belle et rose » aurait duré six semaines.

OBSERVATION 91

Prise dans le service de M. le professeur LEGUEU :

Alexandre P..., 61 ans.

Ulcérations phagédéniques de la verge.

Vers 1910, abcès suivi de fistule urinaire. Pollakiurie, nyctiurie ; 2° bruit aortique claqué ; pouls à 80, bondissant, dépressible ; réflexes normaux.

Urines : troubles, glycosuriques.

Sang : Séro-réaction positive.

Varices des deux jambes. Un ganglion susépitrochléen.

Le malade nie la syphilis ; pourtant ses ulcérations génitales disparaissent après un traitement par le novarsénobenzol.

L'analyse des 15 cas de diabète qui précèdent donne les résultats suivants :

Observation 77 : Syphilis certaine (Séro-réaction, lésions oculaires).

Observation 78 : Syphilis peu probable, malgré la leucoplasie.

Observation 79 : Syphilis probable (surdité, fausses couches).

Observation 80 : Syphilis possible (sœur aînée morte en bas âge ainsi que 4 neveux et nièces, gemellité, épilepsie).

Observation 81 : Douteux (pouls lent permanent, hypertension).

Observation 82 : Syphilis certaine (lésions oculaires, séroréaction).

Observation 83 : Douteux (collatéraux morts en bas âge, une fausse couche).

Observation 84 : Non syphilitique.

Observation 85 : Syphilis probable (collatéraux morts en bas âge, otorrhée).

Observation 86 : Non syphilitique.

Observation 87 : Syphilis certaine.

Observation 88 : Syphilis héréditaire probable (sœur et nièce mortes jeunes de méningite, état mental spécial).

Observation 89 : Syphilis certaine (Séroréaction, lésions cutanées, mortalité infantile).

Observation 90 : Syphilis certaine (histoire, séroréaction).

Observation 91 : Syphilis certaine (séroréaction, lésions spécifiques).

Il y a donc sur 15 cas 6 syphilis certaines, soit plus de $\frac{1}{3}$, auxquelles on peut ajouter 3 syphilis probables.

Conclusions

1° Les associations morbides qu'on note chez les diabétiques, tant dans leurs antécédents personnels, que dans leurs antécédents familiaux, révèlent une certaine parenté de cette affection avec des maladies comme le tabes, l'épilepsie, l'angine de poitrine, maladies qu'on considère aujourd'hui comme souvent d'origine syphilitique.

2° Le diabète se comporte dans de nombreux cas comme une maladie contagieuse ; la contagion, qui semble se faire par contact vénérien et surtout conjugal, le plus souvent de l'homme à la femme, et qui comporte une période d'incubation de plusieurs années, rappelle ce qu'on observe dans la contagion de la syphilis (accidents tertiaires et accidents dits parasyphilitiques).

3° Un grand nombre de symptômes observés au cours du diabète rappellent certains signes caractéristiques de la syphilis.

4° La syphilis, en particulier dans ses modes tertiaire et héréditaire, est susceptible de causer le diabète et la glycosurie.

5° On trouve chez les diabétiques une plus grande proportion de syphilitiques que chez les non diabétiques.

VU : Bon à imprimer :

VU et PERMIS d'imprimer :

Le Président de Thèse,
BALTHAZARD.

Le Recteur de l'Académie de Paris,
APPEL.

VU :

Le Doyen,
ROGER.

Bibliographie

- ALIX. — *Thèse*, Lyon 1898.
- D'AMATO. — *Riforma medica* 1902.
- ANDLER. — *Practice of Medicine* 1918.
- ARNOZZAN. — *Journ. de Méd. de Bordeaux* 1912.
- ASCHOFF. — *Pathologische Anatomie*.
- BALINT. — *Budapester Klin. Woch.* 1913.
- BÉGUIER. — *Thèse*, Paris 1918.
- BLOCH. — *La Médecine Moderne*, 1897.
- BLUM. — *Deutsche Archiv für innere Med.* 1901.
- BOISSUMEAU. — *Thèse*, Paris 1897.
- BROWN. — *Lancet* 1919.
- BURGHARDT. — *Verein f. inn. Med.* 1897.
- CASTAIGNE ET RATHERY. — *Le Livre du Médecin* : « Le Diabète, la Goutte, l'Obésité ».
- CANTANI. — *Deut. Med. Woch.* 1889.
- STEPHEN CHAUVET. — *Infantilisme hypophysaire*.
- CITRON. — *Inaug. Dissertation*, Berlin 1911.
- DEBOVE. — *Bull. de la Soc. Méd. des Hôp.* 1889.
- DUJARDIN. — *Archives de Médecine belges* 1919.
- DUPRÉ. — *Société de Neurologie* 1914.
- FAROY. — *Thèse*, Paris 1911.
- FOURNIER. — *Les Affections parasymphilitiques*.
- FUNARO. — *Il Diabete in Tunisia*.
- FEINBERG. — *Berl. Klin. Woch.* 1892.
- FERÉ. — *La Famille névropathique* 1892.
- GUINON ET SOUQUES. — *Archives de Neurologie* 1891.
- GOUGEROT. — *La Syphilis en clientèle*.

- GOLDENBERG ET KALISKI. — *Am. J. Med. Sci.* 1911.
GRAHAM. — *Journ. of Physiology* 1912, p. 283.
HENRIQUEZ, LAMY, LEMIERRE, RIBADEAU. — *Traité de Médecine*.
VON HOESSLIN. — *Münch. Med. Woch.* 1913.
HIRSCHFELD. — *Deut. Med. Woch.* 1909.
HUTINET. — *Thèse*, Paris 1904.
HEMPTENMACHER. — *Schmidts Jahrbücher* 1902.
JOSUÉ. — *Paris Médical* 1919.
KUHN. — *Münch. Med. Woch.* 1902.
LAURENT. — *Ann. de Derm. et de Syph.* 1912.
LÉPINE. — *Le Diabète sucré*.
LEVAL-PIQUECHEF. — *Thèse*, Paris 1909.
LORTAT-JACOB ET SEBARÉANU. — *Presse Médicale* 1910.
LEDIEU. — *Thèse*, Paris 1898.
LEVRAT-PEROTTON. — *Thèse*, Paris 1859.
LEUDET. — *Moniteur des Sci. Méd.* 1860.
LAINIEL-LAVASTINE. — *Société de Neurologie* 1914.
LANGDON-BROWN. — *Lancet* 1919.
MARTINET. — *Diagnostic clinique* 1920.
MARTINET. — *Presse Méd.* 1904.
P. MARIE. — *Clinique Médicale* 1896.
P. MARIE. — *Semaine Méd.* 1895.
MALHERBE. — *Ann. de Derm. et de Syph.* 1913.
MILLER. — *Am. J. Med. Sci.* 1916.
MANN. — *Berl. Klin. Woch.* 1904.
MANCHOT. — *Monatschrift. f. prakt. Derm.* 1898.
VON NOORDEN. — *Die Zuckerkrankheit* 1898.
NEUMANN. — *Münch. Med. Woch.* 1916.
OZENNE. — *Sem. Méd.* 1894.
OPIE. — *Jour. Exp. Med.* 1901.
SIR WILLIAM OSLER. — *System of Medicine*.
PRIBRAM. — *Zentralblatt. f. innere Med.* 1915.
PARDLE. — *Arch. Internat. Méd.* 1919.

RATHERY. — *Traité de Path. int.* (Collection Gilbert et Fournier).

J. ROSENBLOOM. — *J. Am. Med. Ass.* 1917.

REIMER. — *Jahrbuch f. Kinderheilkunde.*

SEEGEN. — *Der Diabetes mellitus* 1893.

SENATOR. — *Verein f. inn. Med.* 1897.

SCHMITZ. — *Deut. Med. Woch.* 1890.

SCHMITZ. — *Berl. Klin. Woch.* 1890.

SABRAZES ET DUPÉRIÉ. — *Gaz. Hebd. Sci. Méd.* 1913.

SYMMERS. — *J. Am. Med. Ass.* 1916.

TROLLER. — *Thèse, Paris* 1904.

WARTHIN ET M^{lle} WILSON. — *Am. J. of Med. Sci.* 1916.

WARTHIN ET M^{lle} ARBOR. — *Am. J. of Syphilis* 1918.

WALTER SALLIS. — *Ann. de Derm. et de Syph.*

WILLIAMS. — *J. Am. Med. Ass.* 1918.

WILLIAMSON. — *Med. Chron.* 1909.

Imp. de « L'Expansion Scientifique Française », 7, rue deValois.